ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

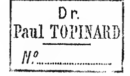
DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME VII.



A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1835.



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1835.

Mémoire sur l'emploi de l'eau froide comme anti-phlogistique dans le traitement des maladies chirurgicales (1) ; *par le docteur* Bérard *jeune*, *agrégé en exercice de la Faculté de Paris*, *chirurgien en chef de l'hospice de la Salpêtrière*,

En jetant un coup-d'œil rapide sur l'histoire de la chirurgie, on voit que l'eau froide jouissait autrefois de la confiance des plus célèbres médecins. Hippocrate, Galien, Celse, Guy de Chauliac en ont parlé en différens endroits

(1) A l'époque où j'ai rédigé ce Mémoire, j'avais l'intention d'en faire lecture devant l'Académie royale de Médecine, et dès le mois d'octobre 1834, j'ai sollicité l'honneur d'être entendu. Mais les momens de l'Académie ont été employés à d'autres travaux. Pendant ce temps M. Josse fils vient de faire paraître un ouvrage fort important sur le même point de science que celui qui fait le sujet de ce Mémoire. Mon travail perdant dès-lors une grande partie de son intérêt, j'ai dû renoncer à mon premier projet. Cependant je crois devoir livrer à la publicité des réflexions et observations qui sont le fruit de mon expérience personnelle, à cause de l'importance du sujet et du petit nombre d'écrits qui ont paru sur cette matière.

Ai-je besoin de dire qu'à l'époque où j'ai entrepris des recherches sur l'influence de l'eau froide employée en irrigation continue, j'ignorais que M. Josse père usât de ce moyen depuis plusieurs années à l'hôpital d'Amiens. La bonne foi scientifique est la première qualité que j'estime dans un auteur, et c'est celle, qu'à défaut d'autres, le lecteur trouvera toujours, j'espère, dans mes écrits.

de leurs écrits de la manière la plus avantageuse. Blondus, médecin distingué d'Italie, dit, en parlant de ce médicament : « *Ego autem mirificum opus aquæ perspiciens in sectis partibus, non possum non mirari virtutem ejus super cœlestem.* » Palatius, autre médecin italien, soutenait, il y a près de deux siècles, que l'eau est le seul remède pour guérir toute espèce de plaie : quelques mémoires et thèses ont paru sur le même sujet dans le siècle dernier; mais le travail le plus étendu a été publié par Lombard en 1786, sous le titre d'*Opuscules de chirurgie sur l'utilité de la compression et les propriétés de l'eau froide et chaude dans la cure des maladies chirurgicales.* Lombard rapporte plusieurs observations de blessures fort graves dans lesquelles l'application de l'eau froide a procuré de brillans succès.

De nos jours plusieurs praticiens l'ont employée dans les mêmes circonstances et l'ont fait avec avantage : ainsi MM. Samson, Breschet, Velpeau, Jobert et autres. M. Josse surtout qui, depuis plusieurs années combat par ce moyen une foule d'affections chirurgicales; enfin quelques observations éparses ont été insérées dans les journaux scientifiques, notamment dans la *Gazette médicale* (1), dans le *Bulletin général de thérapeutique* (2), dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (3), etc.

Cependant cette méthode curative, loin d'être généralement adoptée, est à peine connue d'un grand nombre de chirurgiens; l'auteur classique de chirurgie le plus estimé de nos jours, Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, n'en fait nulle part mention : peut-être cela tient-il à ce que l'eau froide n'a pas répondu dans tous les cas à ce que l'on attendait de son influence bien-

(1) Année 1832, p. 576.
(2) Troisième année. Mars 1834.
(3) Première année, p. 359. — Deuxième année, p. 65.

faisante : peut-être a-t-on eu à se plaindre d'accidens graves survenus pendant qu'on y avait recours.

J'ai pour but dans ce mémoire, 1.° de faire connaître une méthode à-la-fois simple et sûre d'employer l'eau froide comme topique dans le traitement des blessures d'une haute gravité. 2.° De faire ressortir les effets vraiment admirables de ce médicament et l'innocuité de son emploi quand il est convenablement dirigé.

Les topiques réfrigérans ont été employés de tous temps pour prévenir ou combattre l'inflammation. C'est une pratique vulgaire de soumettre une partie brûlée superficiellement, ou une articulation qui vient d'être affectée d'entorse, à un abaissement de température assez considérable afin de prévenir l'afflux des liquides dans des tissus vers lesquels l'irritation ne manquerait pas de les appeler si l'accident était combattu par tout autre moyen. Mais un abaissement passager de température n'aura de succès qu'autant que la cause ou le principe de l'irritation offrira peu d'intensité ; autrement dès que le moyen répercussif sera interrompu, l'afflux du sang vers la partie blessée se fera avec d'autant plus d'énergie, que la réaction que le froid provoque joindra son influence à celle qui résulte de la blessure elle-même. Pour remédier à cet inconvénient, on a soumis la région malade à une réfrigération long-temps prolongée, en faisant incessamment appliquer sur la peau des linges trempés dans l'eau froide, ou imbibés d'une liqueur susceptible de se volatiliser assez rapidement. De la sorte plusieurs des chirurgiens que j'ai cités ont obtenu de grands succès dans des cas où des solutions de continuité étendues, des contusions considérables pouvaient faire redouter le développement d'accidens inflammatoires très-violens. Placé pendant plus de deux ans à la tête d'un service de chirurgie, dans un hôpital où l'on reçoit un grand nombre d'individus atteints de blessures graves, de plaies par écrasement, ayant les membres à demi-broyés

par des machines à vapeur, etc., j'ai, de mon côté, expérimenté ce moyen à l'hôpital Saint-Antoine, et bientôt j'ai été frappé de l'infidélité de cette méthode thérapeutique : je veux dire que la partie soumise à la réfrigération passait par des alternatives de froid et de chaud, parce que la compresse mouillée ne tardait pas à s'échauffer quand on négligeait un instant d'en surveiller le renouvellement; or, cette surveillance minutieuse, déjà difficile dans le jour, est à-peu-près impossible à exercer pendant la nuit. L'on conçoit aisément tous les accidens que peut entraîner le passage successif du froid au chaud et du chaud au froid, gradué dans le premier cas et brusque dans le second. J'eus dès-lors l'idée de recourir à une irrigation permanente avec l'eau froide, quand la région du corps permettait l'emploi de ce moyen; c'est-à-dire, quand la blessure avait son siège aux membres, ce qui est d'ailleurs le cas le plus commun.

Rien de plus simple que le mécanisme de cette irrigation. Un seau est suspendu au-dessus de la partie à refroidir; à l'aide d'un ou plusieurs syphons de verre d'un très-petit diamètre, je fais tomber l'eau que le seau renferme sur la région malade que je recouvre d'un simple linge : celui-ci a pour usage de disséminer l'eau sur toute la surface à refroidir; il est simple afin que l'eau qui pénètre son tissu et qui se vaporise enlève plus facilement le calorique aux parties sous-jacentes; enfin, un morceau de taffetas ciré placé sous le membre sert à préserver le lit d'une inondation complète, et à conduire dans un vase placé à côté du lit la portion d'eau qui ne s'est point évaporée. La quantité d'eau que le seau renferme n'est épuisée qu'au bout de cinq à six heures; il faut avoir soin d'en ajouter avant qu'elle soit entièrement écoulée, autrement l'action du syphon serait un moment interrompue, et l'on devrait faire le vide dans la longue branche de l'instrument, en aspirant avec la bouche l'air qu'il renferme, pour rétablir le courant.

Quelle que fût la saison, j'ai toujours employé de l'eau de pompe, dont la température, à-peu-près semblable à celle de l'eau de puits, ne varie que de quelques degrés dans tout le cours de l'année. Cette eau a quelquefois été aiguisée avec un peu d'alcohol camphré : l'irrigation a été continuée de six à quinze jours, selon la gravité de la blessure. Chez quelques malades il m'a semblé prudent de ne pas interrompre brusquement l'action de l'eau froide; pour cela j'ai fait ajouter le dernier jour de l'eau de plus en plus chaude à celle provenant de la pompe.

L'irrigation continue, telle que je l'ai décrite, a été pour la première fois, je crois, livrée à la publicité dans le *Bulletin de thérapeutique*, Numéro du 30 mars de cette année, par M. Rognetta. Ce médecin, après avoir rappelé que M. Josse, chirurgien distingué d'Amiens, lui avait récemmeut donné l'idée de l'arrosiou permanente qu'il emploie depuis plusieurs années avec le plus grand avantage, a attribué à M. Breschet l'invention de l'appareil dont je viens de parler, et l'idée de s'en servir dans les fractures compliquées et les cas d'écrasement des membres. Cependant je pense avoir la priorité sur cet honorable praticien, car les observations de M. Breschet ne remontent pas au-delà du mois de janvier de cette année, tandis que dès le 20 octobre 1833 j'ai fait usage de l'irrigation d'après le procédé que j'ai décrit plus haut. C'est également à la même époque que j'en ai démontré les effets aux élèves qui suivaient les leçons de clinique que je faisais alors à l'hôpital Saint-Antoine. Au reste, je déclare ici, aimant mieux encourir le reproche d'ignorance que celui de mauvaise foi, que je ne sache pas qu'à l'époque où j'ai employé l'irrigation continue pour la première fois, ce moyen ait été décrit ou conseillé par qui que ce fût. Mais j'abandonne cette discussion de priorité inutile au progrès de l'art de guérir, et je me hâte d'aborder la description des phénomènes que l'on observe dans une partie blessée sou-

mise pendant plusieurs jours à un courant d'eau froide continu.

Les premiers phénomènes qui résultent de l'irrigation sont l'abaissement de température de la peau arrosée, une sensation douloureuse qui est due probablement à la soustraction continuelle du calorique, et qui persiste parfois pendant vingt-quatre heures; s'il y avait déjà de la rougeur et de la tuméfaction, ces symptômes diminuent rapidement et finissent par disparaître. Quant aux phénomènes que l'on observe pendant tout le temps que dure l'emploi de l'eau froide, ils sont d'une simplicité remarquable. La température de la peau reste constamment abaissée. Je n'ai pas fait d'expérience pour savoir si elle était en équilibre avec celle du liquide qui sert à faire l'irrigation, mais la chose me paraît extrêmement probable. D'abord décolorée, cette membrane prend bientôt une teinte rougeâtre et terne, due peut-être au ralentissement de la circulation dans les vaisseaux capillaires de la partie refroidie. L'épiderme incessamment mouillé, s'imbibe peu-à-peu, s'épaissit, et finit par former une couche tantôt uniforme, tantôt irrégulière, d'un blanc mat, qui masque la couleur des tissus sous-jacens. L'épaississement de l'épiderme est par fois assez considérable pour faire croire à une augmentation générale de volume de la partie affectée; mais il est facile de reconnaître qu'il n'y a pas de tuméfaction inflammatoire, quelle que soit la blessure que l'on ait à combattre; ainsi j'ai recueilli des observations de plaies d'armes à feu horriblement contuses, compliquées de la présence d'esquilles, de fragmens de balles, et dans lesquelles il ne s'est manifesté aucune tuméfaction pendant huit, dix ou douze jours que l'irrigation a été continuée.

Cependant il s'accomplit un travail inflammatoire qui se décèle par la production de certains phénomènes que l'on considère et décrit comme des effets ou des terminaisons de l'inflammation; le premier. Le plus avantageux, est

celui de l'inflammation adhésive qui ne paraît nullement contrariée par l'emploi de l'eau froide : loin de là, j'ai vu se réunir par première intention des solutions de continuité dont la surface était irrégulière et contuse. Je citerai même plus loin un exemple de réunion primitive effectuée dans une certaine étendue d'une plaie par arme à feu.

Un second phénomène est celui qui a pour résultat la sécrétion du pus. Je n'ai pas dirigé mon attention sur ce point de savoir si la suppuration est avancée, retardée, ou si elle apparaît à la même époque que dans le traitement ordinaire des plaies; je crois cependant que la formation du pus est plus tardive. Quoi qu'il en soit, le pus versé à la surface de la plaie présente les qualités qui constituent le pus de bonne nature; une portion reste adhérente à la surface de la plaie, l'autre est entraînée avec l'eau sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun pansement. Si on examine les surfaces suppurantes, on les trouve formées de bourgeons vasculaires, fermes, petits, vermeils, aussi beaux, en un mot, que ceux que l'on observe dans les plaies les plus simples.

L'accident qui semble le plus à craindre de la réfrigération long-temps prolongée, la mortification des tissus, est extrêmement rare, et ne s'observe, dans les parties même soumises au courant d'eau froide, qu'autant que celles-ci ont été désorganisées par la violence de la contusion. Elle se produit avec plus de facilité dans les extrémités de chaque membre, et j'ai eu le regret de la voir survenir deux fois au gros orteil. Je ne saurais dire si, dans ces cas, la gangrène a été causée par la contusion elle-même ou par la réfrigération ; ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai vu des blessures de même nature traitées par les moyens ordinaires, suivies de la gangrène d'une ou plusieurs phalanges, tandis que d'autres, soumises à l'irrigation, ont été exemptes de cet accident. Voici, du reste, les principes que je crois pouvoir établir à ce sujet. Toutes les fois que la con-

tusion compliquée de plaie qui atteint un membre laisse assez de parties molles intactes pour que la circulation s'accomplisse avec facilité dans toute l'étendue du membre blessé, la gangrène n'est point à craindre. Mais s'il ne reste qu'une épaisseur peu considérable de tissus que la contusion n'ait pas désorganisés, quand même l'extrémité de la partie serait parfaitement intacte, la gangrène n'en est pas moins à redouter dans cette extrémité. L'eau froide agit sans doute alors avec trop d'énergie, et sous son influence sédative la circulation est ralentie, peut-être même complètement suspendue dans les tissus que la contusion a épargnés, et la vie s'éteint dans toute la partie qui a perdu ses connexions vasculaires avec le reste du corps.

A l'appui des assertions renfermées dans ce mémoire, je joindrai douze observations recueillies par moi, ou sous mes yeux, à l'hôpital Saint-Antoine : mais pour ne pas abuser des momens que l'Académie veut bien m'accorder, je vais choisir quatre d'entre elles qui offrent le plus d'intérêt, afin d'en donner ici la lecture.

Obs. I.re — *Plaie de la main droite, par arme à feu. Passage d'une balle de calibre, de la baguette du fusil, du tirebourre, etc., à travers la main. Eau froide à l'aide de linges mouillés et renouvelés ; accidens ; irrigation continue pendant quatorze jours. Disparition des accidens. Guérison.* — Un soldat du 25.e de ligne entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 août 1833, pour une plaie par arme à feu qu'il s'était faite peu d'instans auparavant à la main droite en débourrant son arme, après avoir cessé de tirer à la cible. Le coup partit pendant qu'il avait la main au-dessus du canon, et tout ce qui se trouvait dedans, balle, baguette, tirebourre, lui traversèrent la main.

Après l'accident il y eut une hémorrhagie assez considérable que l'on arrêta sur les lieux en introduisant de la charpie dans la plaie. Je reconnus les désordres suivans :

du côté de la paume de la main existe une blessure qui en occupe le côté cubital; ses bords sont déchirés en étoile; une branche plus longue que les autres remonte vers le milieu de l'éminence hypothénar; la peau voisine est brûlée, et toute la paume de la main est noircie par la poudre. Sur le dos de la main, un peu moins près de son bord cubital, existe une plaie plus considérable que celle de la paume; ses bords inégaux, déchirés, sont renversés en dehors. En sondant ces plaies on reconnaît que le quatrième métacarpien est fracturé comminutivement; le tendon de l'extenseur de l'annulaire paraît à nu dans le fond de la plaie. L'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt est largement ouverte.

Une petite quantité de sang s'écoulait des plaies; il n'y avait point encore de tuméfaction, mais la douleur était déjà beaucoup plus vive qu'immédiatement après l'accident.

Le malade fut couché, l'avant-bras et la main soutenus par un paillasson et tournés dans la pronation; de la charpie fut appliquée sur les deux côtés de l'ouverture de la plaie, et la main et le poignet furent recouverts de compresses imbibées d'eau froide et renouvelées aussitôt qu'elles commençaient à s'échauffer; le lendemain la douleur était encore très vive; il y avait un peu de tuméfaction; du reste, aucun mouvement fébrile. Je fis ajouter un peu d'alcohol camphré à l'eau froide pour augmenter son action réfrigérante; mais dans la nuit l'on négligea de renouveler exactement les compresses imbibées; plusieurs fois elles se réchauffèrent entièrement: aussi le jour suivant, à la visite, je trouvai la plaie chaude, beaucoup plus douloureuse; la main et le poignet étaient rouges et tuméfiés. Le malade avait beaucoup souffert pendant la nuit; ce fut alors que j'eus l'idée d'employer un courant d'eau continue, et que je fis usage de l'appareil que j'ai décrit plus haut. Je fis tomber l'eau sur la main et le poignet a l'aide de deux syphons, et l'irrigation fut ainsi con-

tinuée pendant quatorze jours, avec l'eau simple d'abord, et plus tard avec l'eau unie à une petite quantité d'eau-de-vie camphrée.

Le lendemain de cette irrigation, je trouvai le malade bien soulagé; la douleur avait beaucoup diminué; les symptômes inflammatoires avaient presqu'entièrement disparu, et la fièvre avait cessé complètement. Les jours suivans l'amélioration devint de plus en plus prononcée; plus de chaleur, plus de tuméfaction, plus de douleur; aucune réaction générale; sommeil calme et appétit prononcé.

Vers le cinquième jour, le pus commença à se former à la surface des deux plaies, excepté dans l'angle supérieur de la division qui s'étendait vers l'éminence hypothénar; dans ce point il y avait eu réunion par première intention de la plaie, dans une étendue de près de six lignes.

Les parties molles, désorganisées par la violence de la contusion, s'en allèrent par lambeaux; des bourgeons vasculaires de bonne nature recouvrirent toutes les surfaces traumatiquss : quelques esquilles furent aisément extraites. Enfin, le 3 novembre la main était dans un état tellement satisfaisant que je fis cesser l'irrigation.

Confiant dans son état, le malade commença à se lever et à se servir imprudemment de sa main, dès le 6 du mois de novembre, c'est-à-dire, dix-neuf jours après l'accident, et trois jours après la cessation de l'arrosement continu. Il ressentit alors une douleur assez vive dans l'extrémité du petit doigt; la partie douloureuse devint violacée, et malgré l'emploi de cataplasmes émolliens arrosés d'eau-de-vie camphrée, de bains locaux gélatineux, etc., le sphacèle s'empara de l'extrémité de ce doigt, et le 5 décembre les deux dernières phalanges se détachèrent. Cependant les plaies de la main marchaient vers la guérison : elles furent entièrement cicatrisées vers le milieu du mois de décembre. Celle du petit doigt se ferma quelques jours après. La rigidité des mouvemens des trois derniers doigts se dissipa

peu-à-peu, et le malade sortit de l'hôpital conservant un peu de gêne dans les mouvemens et du raccourcissement dans le doigt annulaire par suite de la fracture comminutive du quatrième métacarpien.

Obs. II.e — *Tumeur synoviale entre les tendons des fléchisseurs des doigts ; incision et excision d'une partie des parois du kyste ; irrigation d'eau froide continuée pendant six jours ; aucun accident ; guérison rapide.* — Le 6 octobre 1834, il se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine un jeune homme (Fage, Basile) de 17 ans, menuisier, d'une stature élevée et d'une forte constitution, portant au bas de la face antérieure de l'avant-bras droit, immédiatement au-dessus du ligament annulaire du carpe, sur le trajet des tendons des muscles fléchisseurs des doigts, une tumeur indolente assez dure, élastique, sans changement de couleur à la peau, qui, au rapport du malade, augmentait graduellement depuis huit mois, et qui n'avait encore que le volume d'une petite noix. Ce malade avait séjourné pendant trois semaines, depuis le 12 septembre jusqu'au 5 octobre, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mailly, qui avait envain essayé de réduire la tumeur par plusieurs applications de sangsues et l'emploi de l'iode et de ses préparations.

Je reconnus une de ces tumeurs synoviales qui se développent si souvent au milieu des tendons des muscles fléchisseurs, au niveau du poignet, et j'essayai à différentes reprises de l'écraser, mais toujours inutilement, quoique la dernière fois j'eusse préalablement cherché pendant quinze jours à en ramollir les parois en y faisant faire des frictions d'onguent mercuriel, et en laissant à demeure, dans l'intervalle des frictions, des bandelettes de diachylon. A chaque tentative, la tumeur disparaissait sous le ligament annulaire antérieur du carpe. Dans ce déplacement, je n'ai jamais éprouvé cette sensation, soit de farine de fécule que l'on froisse entre les doigts, soit de grains de

riz que l'on presse les uns contre les autres ; sensation qui, d'après M. Dupuytren, indique certainement la présence de corps cartilagineux logés avec la synovie dans le kyste. Cette manœuvre faisait éprouver au malade de l'engourdissement dans la direction du doigt annulaire.

Pensant alors qu'il serait impossible d'opérer l'écrasement, et redoutant les accidens qui accompagnent si souvent l'incision de ces tumeurs, je conseillai au malade de reprendre ses travaux ; mais celui-ci représenta qu'après avoir travaillé une partie de la journée, il se sentait pris d'un tel engourdissement dans la main qu'il ne pouvait continuer son travail, et il insista avec tant d'instances pour être débarrassé d'une tumeur qui l'empêchait d'exercer son état et de gagner sa vie que je cédai à ses désirs.

L'opération fut pratiquée dans les derniers jours d'octobre de cette année ; une incision de 14 ou 15 lignes de longueur fut faite parallèlement au bord externe du radius, un peu en dedans de l'artère radiale, se prolongeant jusqu'au bord supérieur du ligament annulaire antérieur du carpe. Je coupai successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe de l'avant-bras ; le kyste étant mis à nu, j'emportai au moyen de ciseaux courbes la moitié antérieure de ses parois. Il s'écoula aussitôt une substance transparente très-peu colorée, filante, à peu près de la consistance de l'humeur vitrée. En même temps le malade éprouva dans la direction du doigt indicateur une sensation singulière, *comme si*, disait-il, *on lui avait arraché quelque chose.* Aucun accident ne vint d'ailleurs troubler l'opération.

J'introduisis une bandelette au fond de la plaie pour prévenir la réunion trop prompte de ses bords et pour déterminer la suppuration des parois du kyste et en procurer plus tard le recollement. Le membre opéré fut de suite après soumis à l'irrigation continue. Pendant les premières vingt-quatre heures de cette irrigation, le malade éprouva

de l'engourdissement et des élancemens dans la main et l'avant-bras, mais les jours suivans les douleurs disparurent entièrement ; toutes les fonctions s'accomplirent de la façon la plus régulière ; il ne survint aucune tuméfaction, aucune douleur dans la partie opérée. La suppuration s'établit à la surface du kyste sans se compliquer d'autres phénomènes que ceux qui accompagnent la suppuration des plaies les plus simples.

Au bout de six jours l'irrigation continue fut cessée, et pendant cinq jours encore, la partie fut arrosée toutes les dix minutes avec l'eau froide. La plaie fut alors pansée simplement : les parois du kyste furent promptement recollées et la surface cicatrisée entièrement. Les mouvemens des doigts et de la main n'ont éprouvé aucune altération et le malade peut s'en servir toute la journée sans ressentir la gêne la plus légère.

Ainsi, cette incision d'un kyste placé au milieu des tendons des muscles fléchisseurs de la main ; incision qui, d'après le témoignage de nos chirurgiens les plus recommandables, a quelquefois entraîné la mort des malades, ou conduit à la nécessité de l'amputation du bras, qui, dans tous les cas, a été suivie d'une violente inflammation de la main et de l'avant-bras que l'on n'a pu vaincre que par les antiphlogistiques les plus énergiques ; cette incision traitée par l'irrigation continue, a marché vers la guérison avec une promptitude et une simplicité aussi grandes que celles que l'on observe dans les blessures les moins graves.

Obs. III.° — *Calcul vésical ; taille suspubienne ; irrigation continue d'eau froide dans la vessie. Mort d'épuisement au bout de 36 heures ; aucune inflammation ni infiltration d'urine.* — On sera peut-être étonné de me voir présenter ici, comme un exemple heureux de l'irrigation continue, un cas qui s'est terminé promptement par la mort ; cependant on verra par le résultat de l'autop-

sie cadavérique, que l'eau froide avait parfaitement rempli mon attente.

Un homme, âgé de 55 ans, entra à l'hôpital St-Antoine dans le mois d'octobre 1833, pour y être traité d'une incontinence d'urine. Ce malade attribuait la cause de son affection à une chute de cheval qu'il avait faite quelques mois auparavant, et dans laquelle les *reins*, disait-il, avaient violemment frappé contre le sol. Ce commémoratif me fit croire à une commotion de la moelle épinière. Néanmoins il me sembla prudent de sonder le malade, et cette opération me fit de suite reconnaître l'existence d'un calcul; il fut facile de s'assurer que le col de la vessie et la portion prostatique de l'urètre étaient distendus par ce corps étranger, car l'urine coulait involontairement et sans intermittence; la sonde touchait le calcul avant d'être engagée à une grande profondeur, et ce contact s'obtenait inévitablement à chaque cathétérisme; d'une autre part, en portant le doigt dans le rectum, on sentait facilement la pierre à travers l'épaisseur de la portion prostatique de l'urètre. Cette exploration faisait en même temps reconnaître qu'une autre portion du calcul, plus considérable que la première, remplissait la cavité de la vessie.

Le scrotum de ce malade était petit, ridé, et ne contenait pas de testicules : verge très-petite, nul développement du système pileux sur le pubis et à la face, larynx petit, la moitié de celui d'un homme adulte, voix faible, semblable à celle d'une femme âgée; taille grande, membres grêles, maigreur générale; une cicatrice existe au niveau de chaque anneau inguinal. J'appris de cet infortuné qu'à l'âge de deux ans, il avait subi l'opération de la castration pour remédier à une hernie inguinale double. Un charlatan passant dans son village, à Rozoi, près de Lisy-sur-Ourcq, lui avait enlevé les deux testicules et l'avait, à ce prix, guéri radicalement de ses deux hernies.

Le volume considérable du calcul, l'impossibilité d'ob-

tenir une dilatation suffisante de la vessie, excluaient l'idée de la lithotritie. Je pratiquai l'opération de la taille par le haut appareil le 9 novembre 1833. Une once environ de liquide fut injectée dans la vessie et retenue par une compression circulaire de la verge. Un bistouri convexe me servit pour inciser la peau et la graisse sous-cutanée, et mettre à nu l'aponévrose abdominale ; je divisai cette dernière, selon le conseil de Scarpa, immédiatement au-dessus du pubis ; puis glissant l'indicateur gauche de bas en haut par cette ouverture entre le péritoine et l'aponévrose, je coupai celle-ci avec sécurité à l'aide d'un bistouri boutonné dans l'étendue de près de trois pouces. Deux autres incisions perpendiculaires à la première, longues d'une ligne et demie à deux lignes, faites immédiatement au dessus du pubis sur l'aponévrose abdominale et les bords voisins des muscles pyramidaux, servirent à relâcher les bords de l'incision faite à la ligne blanche.

Le doigt indicateur de nouveau porté dans l'angle inférieur de la plaie de haut en bas derrière le pubis, servit à relever le péritoine selon le procédé de Baudens. Je plongeai dans la vessie un bistouri pointu : il s'écoula un peu d'urine et du liquide injecté ; je glissai de suite par l'ouverture l'instrument de M. Leroy, d'Etiolles, pour soutenir la vessie et porter en haut l'angle supérieur de la division : l'inférieur fut agrandi avec un bistouri boutonné, et l'incision prolongée jusqu'au col de la vessie qui fut lui-même divisé. Le calcul était immobile dans la vessie et je fus préalablement obligé de décoller avec les doigts les adhérences qui existaient entre la face interne de ce réservoir et le corps étranger, avant de mettre en place des tenettes volumineuses et à branches séparées. Le calcul étant bien saisi, je fis des tentatives inutiles d'extraction. J'essayai alors de le briser, mais les branches des tenettes, malgré leur épaisseur, furent faussées. Avec M. Leroy, d'Étiolles, présent à l'opération, nous fîmes de nouvelles tentatives

de broyement en employant une pince à trois branches et un forêt qui devait faire éclater la pierre. Un petit fragment fut séparé par en haut et extrait. Cette extraction me permit de reconnaître que le calcul avait encore de fortes adhérences avec le sommet et la face postérieure de la vessie, et que ces adhérences, plus encore que son volume, étaient la cause de son immobilité. Je vins à bout de l'isoler complètement en glissant avec précaution le doigt indicateur de l'une et l'autre mains entre la surface interne de la vessie et de la pierre. Je chargeai de nouveau le corps étranger avec des tenettes moins volumineuses, et je parvins à l'extraire, sans trop de difficulté. L'indicateur porté de nouveau dans la vessie sentait la surface de ce viscère inégale et comme chagrinée par l'incrustation du détritus lithique. Ce détritus fut soigneusement enlevé et la vessie nettoyée par l'injection d'une grande quantité d'eau.

Le calcul est ovoïde; la grosse extrémité de l'ovale répond au sommet de la vessie, l'autre extrémité à l'urètre, une rainure circulaire le partage en deux parties, l'antérieure qui en forme le tiers est lisse et régulière, la postérieure est inégale, rugueuse, couverte d'aspérités et d'enfoncemens d'un quart de ligne à une demi-ligne de profondeur. Sa hauteur verticale est de deux pouces et demi, et le diamètre transverse de un pouce neuf lignes. Son sommet est éclaté par l'action du lithotriteur.

Le calcul, pesé six heures après l'opération, sans les fragmens qui en ont été détachés, égale quatre onces; il est composé de couches concentriques. Le centre est formé d'urate d'ammoniaque : première couche, acide urique; deuxième couche, phosphate ammoniaco-magnésien; troisième couche, mélange de ce dernier sel et d'une très-grande proportion de phosphate de chaux.

Après une opération longue, douloureuse, et qui avait été fort laborieuse, je devais redouter une inflammation

de la vessie, du tissu cellulaire environnant et même du péritoine. Pour prévenir ces accidens et m'opposer à l'infiltration de l'urine, je mis en usage un appareil analogue à celui que j'ai décrit au commencement de ce mémoire, mais que la disposition anatomique des parties et le double but à atteindre rendit un peu plus compliqué. J'introduisis par la plaie dans la cavité de la vessie, deux sondes creuses d'un calibre égal et assez fort. Je rapprochai très-exactement les lèvres de la plaie dans tous les autres points de leur étendue, à l'aide d'un grand nombre de bandelettes agglutinatives : je mis alors en communication avec les extrémités extérieures des deux sondes, les bouts de deux tuyaux flexibles et incompressibles. L'un de ces tubes flexibles était conduit de bas en haut dans un seau suspendu au-dessus du lit, et son extrémité supérieure plongeait dans le fond du seau ; l'autre tube se dirigeait hors du lit et pendait au-dessus d'un baquet placé sur le parquet. On comprend de suite que la totalité de l'appareil représentait deux syphons : l'un ayant sa courte branche plongée dans le seau suspendu au lit, et sa longue branche aboutissant à la vessie du malade ; l'autre ayant sa courte branche placée dans cette même vessie, et sa longue branche pendue au-dessus du baquet situé près du lit. On comprend également que l'eau du premier réservoir devait être incessamment versée par le syphon supérieur dans la poche urinaire; que là elle devait se mélanger avec la petite quantité d'urine qui suinte continuellement des uretères, et qu'incessamment aussi ces deux liquides ; l'eau et l'urine, devaient être puisés dans ce second réservoir et portés à l'extérieur par le syphon inférieur. Par là, l'infiltration de l'urine devenait impossible et la vessie restait soumise à un abaissement de température continu, uniforme et proportionné à la température de l'eau. Celle dont je fis usage était au même degré que pour les autres malades; c'était donc l'eau froide de la pompe.

L'appareil étant mis en action, les premiers verres d'eau qui s'écoulèrent du second syphon me parurent légèrement colorés par le sang qui avait continué à couler en petite quantité dans la vessie après l'opération ; mais bientôt l'eau tomba aussi pure que celle qui était dans le seau, car la petite proportion d'urine qui s'y trouvait mélangée ne suffisait pas pour la faire paraître altérée. (*Prescription :* boisson délayante; potion avec un grain d'extrait gommeux d'opium ; diète absolue.) Le soir, je trouve le malade parfaitement calme ; pas la plus légère douleur ne s'est fait sentir pendant la journée ; point de fièvre. L'appareil a marché sans interruption ; la potion calmante est terminée ; j'en prescris une seconde avec la même dose d'opium pour la nuit. Le lendemain au matin, état moins satisfaisant que la veille ; un peu d'assoupissement ; le pouls est faible et un peu fréquent. Du reste, aucun autre trouble fonctionnel, indolence parfaite du ventre ; bon appétit. L'appareil a éprouvé un moment d'interruption pendant la nuit par suite d'un mouvement du malade. (Potion avec un demi-grain d'extrait gommeux ; tisane pectorale ; deux bouillons, un peu de vin.

Cependant le malade s'affaiblit de plus en plus dans la journée ; la respiration s'embarrasse, la déglutition devient difficile, et la mort arrive sans agonie, sans agitation, le soir à dix heures, trente-six heures après l'opération.

Ouverture du cadavre. — Le péritoine, exempt de blessure, n'offre pas la plus légère trace d'inflammation ; nulle rougeur, nulle injection, nul épanchement aux environs de la vessie : il en est de même du tissu cellulaire qui entoure cet organe; aucune infiltration d'urine sur le trajet de la plaie. La face interne de la vessie paraît fongueuse ; elle ne renferme aucun fragment de pierre. Le col est énormément dilaté, ainsi que la portion de l'urètre qui répond à la prostate. Quant à cette glande, elle paraît entièrement détruite.

Il est évident que le calcul était logé en partie dans la vessie, en partie dans la portion prostatique de l'urètre : que c'est la portion lisse de ce corps étranger qui était renfermée dans le canal, et que la rainure qui la séparait de la partie rugueuse répondait au col de la vessie. Faut-il attribuer l'absence de prostate à l'atrophie que la castration peut avoir fait subir à cette glande, ou bien à la pression excentrique que le calcul a exercée sur elle? Je l'ignore; mais ce qu'il y a de certain, c'est que l'on ne retrouve aucune apparence de la structure de l'organe dans les parois de l'urètre qui correspondent à la prostate.

Les viscères de l'abdomen, les organes contenus dans la cavité de la poitrine et du crâne, sont dans un état parfaitement normal. Je noterai, en passant, que le cervelet de ce castrat ne présente pas de différence quant au volume, à la structure, à la consistance, avec celui d'un individu bien conformé.

Si nous recherchons quelle a été la cause de la mort dans le cas qui nous occupe, nous penserons qu'elle ne diffère pas de celle que les chirurgiens ont assignée aux accidens du même genre qui suivent parfois les opérations longues et douloureuses; je veux dire à l'épuisement du système nerveux. Avouerai-je ici que je me reproche d'avoir soumis mon malade à une diète rigoureuse, et de lui avoir administré des préparations narcotiques ?

Quoi qu'il en soit, il résulte de cette observation, que l'on peut employer la réfrigération continue après l'opération de la taille, en faisant passer le courant d'eau dans la cavité de la vessie ; que ce moyen, adapté à la taille hypogastrique, prévient d'une manière efficace l'infiltration de l'urine. Si l'on redoute l'action de l'eau froide sur les organes intérieurs, le dernier avantage subsistera toujours, puisqu'on pourra élever la température du liquide employé à l'irrigation, à un degré de chaleur égal à celui du sang.

Obs. IV.e — *Plaie par arrachement de la main; frac-*

ture du premier métacarpien ; irrigation d'eau froide continuée pendant sept jours. Guérison sans accidens. — Je terminerai par le récit d'une observation plus courte, dont les résultats ont été plus heureux, et sont plus concluans peut-être en faveur de l'efficacité des irrigations continues dans le cas de blessures graves. Ce fait m'a été communiqué par mon frère, dans le service duquel il a été recueilli à Saint-Antoine, et j'ai moi-même vu le blessé au moment de son admission à l'hôpital.

Un jeune maçon tombe d'un lieu élevé; sa main rencontre pendant la chute un clou qui était solidement fiché dans une muraille; toute la partie charnue de l'éminence thénar est horriblement déchirée par la tête du clou; le tendon du long fléchisseur propre du pouce est arraché; le premier métacarpien est fracturé, et son articulation avec la première phalange est ouverte. M. Dieffenbach, qui était présent lorsque le blessé fut apporté à la consultation, dit, sans hésiter, à mon frère : « Vous allez, je pense, amputer le pouce et le métacarpien qui le supporte; une conduite différente pourrait compromettre la vie de ce jeune homme. » Mais déjà on avait appris à Saint-Antoine à ne plus redouter les accidens primitifs des plaies traitées par l'irrigation continue. Le chirurgien de l'hôpital répondit à M. Dieffenbach, avec une assurance qui étonna ce dernier, que l'on conserverait le pouce à ce blessé, et que cette plaie si horrible ne serait suivie d'aucune réaction inflammatoire. L'événement a justifié cette prédiction. Le blessé porté dans le lit qui lui était destiné, passa vingt-quatre heures sans être soumis à l'irrigation, faute de tubes pour établir le courant. Déja la main était tuméfiée et douloureuse; la nuit avait été mauvaise, et un mouvement fébrile s'était déclaré : tous ces accidens furent enrayés par l'irrigation qui fut continuée sans interruption pendant sept jours. Aujourd'hui le blessé est dans l'état le plus satisfaisant; la plaie est presqu'entièrement fermée, et la cicatri-

sation sera peut-être complète avant la consolidation de la fracture du premier métacarpien.

Obs. V.e — *Plaie de la jambe et du pied gauches par arme à feu chargée de plomb de chasse ; irrigation d'eau froide continuée pendant quatre jours. Guérison.* — Le nommé Jean-Pierre Louis, âgé de 19 ans, ébéniste, fut blessé le 25 février 1834, par la décharge d'un fusil chargé de plomb de chasse du N.° 6, tiré à la distance d'une quinzaine de pas. La jambe et le pied gauches furent seuls atteints. Le blessé eut de la peine à regagner sa demeure. Il y passa la nuit et la journée suivantes, gardant le repos et recouvrant les parties malades avec des cataplasmes émolliens. Le soir on l'apporta à l'hôpital Saint-Antoine où le même traitement fut continué jusqu'au lendemain 27. A ma visite, je trouvai la jambe et le pied gauches tuméfiés, rouges et douloureux. Une quarantaine d'ouvertures, rondes, à bords livides, s'observaient à la partie antérieure, inférieure, externe de la jambe, et sur la face dorsale du pied. En conduisant un stylet à travers ces ouvertures on l'enfonçait assez profondément, et l'on sentait au fond de plusieurs, les grains de plomb qui avaient traversé l'aponévrose d'enveloppe du membre, et qui en quelques endroits avaient évidemment pénétré jusqu'à l'os, tant sur la malléole externe que sur plusieurs des os du tarse. Je prescrivis de suite l'irrigation d'eau froide. L'appareil décrit plus haut ne fut adapté que le lendemain soir : jusqu'à ce moment la compresse laissée à demeure sur le membre fut arrosée avec le plus grand soin par le malade lui-même pendant le jour, et par la veilleuse pendant la nuit. L'irrigation fut continuée jusqu'au 3 mars, sans rien changer à la température de l'eau. On commença alors à ajouter graduellement de l'eau chaude à celle du seau, et le 4 le liquide ayant à-peu-près la même température que la surface de la peau, l'irrigation fut cessée.

A partir du moment où l'on commença à refroidir le

membre, la rougeur et la tuméfaction diminuèrent bientôt. A la couleur vive de la peau, qui décélait une inflammation aiguë, succéda une teinte violacée provenant de l'infiltration du sang de chacune des petites plaies dans le tissu cellulaire ambiant. La douleur ne reparut plus; et le malade n'éprouva d'autre gêne que celle que produisait la sensation du froid. La suppuration s'établit franchement, et par quelques-unes des ouvertures il fut facile de faire sortir, en même temps qu'un pus de bonne nature, plusieurs grains de plomb.

Le malade se trouvait dans un état tellement satisfaisant que, malgré les exhortations que je lui avais faites de garder le repos au lit, il se leva le jour même où l'irrigation fut cessée, et s'exerça à la marche, soutenu sur des béquilles. Le lendemain il était survenu un peu de tuméfaction douloureuse. Le blessé n'en continua pas moins son imprudent exercice; mais bientôt le gonflement, devenu plus considérable, les douleurs par élancemens, la chaleur du pied et de la jambe, le forcèrent de nouveau à rester au lit. Ces accidens cédèrent assez facilement à des applications émollientes et résolutives aidées par une position un peu élevée et l'immobilité de la partie blessée. Les ouvertures des grains de plomb se cicatrisèrent rapidement, et le malade sortit de l'hôpital pouvant se tenir debout et marcher sans éprouver de gêne ou de douleur dans le pied. Il revint à la consultation quelques jours après pour un abcès qui s'était développé au-dessous de la malléole externe. J'en fis l'ouverture, et il sortit avec le pus un grain de plomb qui en avait sans doute provoqué le développement. A partir de ce moment, la guérison n'a été troublée par aucun accident.

Obs. VI.e— *Plaie contuse par arme à feu, à la main, irrigation continue, guérison.* Observation recueillie par M. Philipart. — Le 14 avril 1834, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, un soldat du 8me. léger, blessé à la main, rue

Saint-Martin, dans la nuit du dimanche au lundi, par une balle qui pénétra par la face dorsale au niveau de l'extrémité inférieure du troisième métacarpien, et sortit par la partie correspondante de la paume de la main ; l'ouverture était étroite et paraissait produite par une balle de petit calibre. La main était un peu tuméfiée, la douleur était forte et surtout manifestée par un sentiment d'engourdissement. Il n'y eut point d'hémorrhagies, point de symptômes généraux. Un stylet fut introduit dans la plaie, pour s'assurer qu'il ne restait pas de fragment de balle; deux petites esquilles, venant du troisième métacarpien, furent retirées au moyen de pinces. Le chirurgien du régiment avait fait la même tentative, après avoir débridé l'ouverture palmaire, sans rien rencontrer. Le malade fut couché, la main sur le bord cubital, maintenue un peu élevée par un paillasson, de la charpie fut appliquée sur les deux plaies, une compresse recouvrit la main, un courant d'eau continu fut dirigé sur elle. Limonade 3 pots, bouillon. Le 15, douleur moins vive, engourdissement moins considérable, légère tuméfaction, un peu de rougeur à la face dorsale, même degré de sensibilité à tous les doigts, sommeil, point de symptômes généraux. Le 16, même état, potages. Le 17, inflammation légère, douleur faible, pouls normal, appétit, un huitième d'alimens, de l'alcohol camphré est ajouté à l'eau. Le 21, la suppuration est bien établie, le pus est de bonne nature, l'inflammation est légère, point de fièvre, sommeil calme, la demie d'alimens. Le 22, l'irritation est cessée, pansement simple. Le 23, les escarrhes des parties meurtries commencent à se détacher, quelques élancemens se sont fait sentir le soir. Le 24 les signes inflammatoires sont très-prononcés, surtout dans la paume de la main, vers l'éminence thénar; douleurs pulsatives, élancemens dans cette région; chaleur, frissons légers pendant la nuit, sommeil agité; la plaie de la paume de la main est cicatrisée. Ces symptômes déterminent le chirurgien à opérer un débridement dans la

paume de la main; un stylet, introduit par le dos de la main, fait ouvrir la plaie de la paume de la main, d'où il sort une petite quantité de pus; il fit, dans la face palmaire, une incision longue d'un pouce et demi, s'étendant depuis l'éminence thénar jusqu'à la plaie; la peau, l'aponévrose palmaire sont incisés, du pus bien lié en sort. Bain de bras, un séton est passé à travers la main, dans le but de tenir ouvertes les plaies, et de faciliter la sortie, ou d'extraire los esquilles qui se détacheraient. (le quart d'alimens.)

Le 25, la tuméfactiou est encore plus considérable, les élancemens persistent, la face dorsale est œdématiée, la rougeur très-prononcée s'étend autour du poignet, jusqu'à la partie antérieure de l'avant-bras, vers le pli du bras; elle est produite par l'inflammation des lymphatiques; la deuleur est plus vive que jamais; elle est pulsative, ne s'étend pas au-delà de la main, le pouls est fréquent, le sommeil agité. (Bain de bras, cataplasmes émolliens sur la main et l'avant-bras.) Le 26, les symptômes inflammatoires ont moins d'intensité, il y a moins de fièvre, la rougeur de l'avant-bras est disparue, le sommeil est plus calme. L'éminence thénar reste toujours rouge et tuméfiée: la comprimant, on fait sortir par l'incision du pus de bonne nature; la mèche du séton, tirée par la face dorsale, entraîne avec elle une portion de balle anguleuse, de la grosseur d'un pois; des esquilles situées sur son trajet, rendent son passage rugueux.

Le 28, les symptômes inflammatoires, les élancemens persistent dans l'éminence thénar et vers le bord externe de la main; le sommeil est agité, le pouls conserve de la fréquence, on y perçoit la fluctuation. Une incision longitudinale faite perpendiculairement à la direction des muscles du ponce, donne issue à du pus sanguinolent; un stylet, introduit dans la plaie, fait reconnaître la présence d'un corps dur; le chirurgieu le saisit avec des pinces, et fait voir un morceau de balle irrégulier, équivalant à la moitié

d'une balle de calibre, elle paraissait située entre la peau et les muscles du pouces. Pansement simple avec de la charpie introduite entre les lèvres de la plaie. Le 29, l'inflammation a diminué, la douleur est moins vive. (Cataplasmes sur le dos de la main.) Le 30, une inflammation locale apparaît au-dessus de l'incision précédente, à la face antérieure du carpe; on y distingue la fluctuation. Une nouvelle incision donne issue au pus qui ne paraît pas communiquer avec le foyer précédent. On n'y trouve pas de corps étranger. (Bain de bras, pansement simple.)

Le 2 Mai, le malade accuse peu de douleur; le sommeil est assez calme, point de fièvre, la mèche du séton est enlevée. Le 3, plus de symptômes inflammatoires, peu de douleur; la mèche enlevée paraît aussi avoir contribué à diminuer les signes d'irritation qui persistaient même après l'ouverture des abcès. La main est placée sur une palette, afin de redresser les doigts, surtout le médius, qui est en même temps plus court que ses voisins. Le 20, la plaie marchait vers une prompte cicatrisation; il y a de la raideur dans les doigts, des mouvemens de flexion et d'extension leur sont imprimés, les plaies de la face palmaire et dorsale persistent long-temps sans se fermer. Cette dernière ne s'est cicatrisée qu'un mois après la première, après avoir donné écoulement à un pus séreux qu'entretenaient de petites esquilles qui sortaient de temps en temps. Le malade prit chaque jour des bains gélatineux, pour rendre aux doigts leur souplesse, et sortit guéri dans le courant de juillet, ne pouvant fléchir le doigt médius.

Je crois devoir faire quelques réflexions au sujet de cette observation. 1.° Un projectile, d'un volume assez considérable, a pénétré par la face dorsale de la main, et la plaie qu'il a produite s'est promptement rétrécie au point de faire croire que c'était une balle d'un très-petit calibre qui avait occasioné la blessure. 2.° La balle a fracturé deux métatarsiens, et s'est probablement divisée sur eux en deux parties, l'une

plus petite qui est restée dans le point correspondant de la paume de la main, l'autre beaucoup plus grosse qui s'est réfléchie sur l'aponévrose palmaire, et qui a été dirigée par celle-ci vers l'éminence thénar, dans laquelle elle s'est logée. 3.° Pendant huit jours, aucun accident n'a fait soupçonner la présence de ces corps étrangers dans la main; mais aussitôt que l'irrigation continue d'eau froide a été interrompue, ils ont provoqué une violente inflammation, la formation d'abcès, etc. Ainsi, pendant huit jours, la puissance antiphlogistique de l'eau froide a été assez grande pour réprimer le développement de phénomènes inflammatoires que la nature de la plaie et la présence de corps étrangers rendaient, pour ainsi dire, inévitables.

Obs. VII.e — *Plaie par arrachement à la main droite, irrigation continue, guérison.* Observation recueillie par M. Philipart. — Le 23 février 1834, entre à l'Hôpital Saint-Antoine, une femme âgée de 24 ans, couchée au n.° 4 de la salle Sainte-Marthe, pour une plaie par arrachement à la main droite qui fut prise entre les rouages d'une machine à carder le coton, et qui ne put en être retirée sans qu'on arrêtât aussitôt la pompe qui la faisait mouvoir.

Il y avait déchirure de parties molles, comprenant la peau, le tissu sous-cutané, et quelques portions des tendons extenseurs; à la face dorsale de la main droite, au niveau de la partie inférieure du métacarpe, la plaie avait deux pouces d'étendue transversalement, et 6 à 8 lignes verticalement. Dans le premier sens, elle commençait au second métacarpien, et s'étendait jusqu'au quatrième; la peau était décollée de quelques lignes à toute la circonférence de la plaie. Toute l'épaisseur des parties molles, le tendon compris, de la face dorsale du doigt annulaire étaient arrachées depuis la partie inférieure du métacarpien correspondant, jusqu'à la dernière phalange; la première était fracturée, la dernière était intacte, la face palmaire était déchirée dans sa moitié supérieure.

Les deux faces palmaire et dorsale, et le côté externe du petit doigt offraient des divisions irrégulières des parties molles dans l'étendue des deux dernières phalanges; l'état des parties dilacérées empêchait de distinguer si les tendons de ce doigt étaient atteints.

A la face palmaire de la main était une division transversale, étendue depuis le niveau de la partie inférieure du deuxième métacarpien, jusqu'au petit doigt, et qui comprimait, dans quelques endroits, toute l'épaissenr des parties molles; les mouvemens d'extension et de flexion ne pouvaient s'exécuter dans les quatrième et cinquième doigts. La douleur était très-forte dans toute la main, s'étendait jusques dans l'avant-bras; les plaies rendirent peu de sang, le pouls était plein, un peu fréquent. On fit arriver sur la main un courant d'eau continu en procédant de la même manière que dans les cas précédens. (Limonade, diète.) Pendant les deux premiers jours de ce traitement, la malade n'éprouva pas de symptômes inflammatoires; elle ressentit quelques élancemens, point de chaleur de la main, elle éprouva de légers frissons dus à la température basse de l'atmosphère, Il n'y avait point de fréquence du pouls.

Le 27 février, aucune réaction ne s'était encore manifestée, la chaleur de la main était naturelle; il y avait très-peu de rougeur, peu de tuméfaction, la douleur était légère, l'état général était bon; appétit. On ajoute de l'eau chaude afin de rendre tiède le courant; le tiers d'alimens. Le 1er mars la douleur était plus vive que les jours précédens, il y avait un peu de rougeur et de tuméfaction et quelques élancemens; point de de fièvre.

Le 2 mars, les plaies commençaient à suppurer, pouls un peu fréquent, céphalalgie, chaleur générale. Le 3, point de rougeur, peu de tuméfaction; la suppuration était de bonne nature et était plus considérable; l'irrigation fut cessée. (Pansement avec des compresses imbibées d'eau

roide. Le 4, sensibilité, douleurs très-grandes, fièvre plus prononcée. Vers le soir, céphalalgie, rougeur de la face, sommeil, agité. (Même pansement, du bouillon seulement).

Le 5, symptômes fébriles moins prononcés, peu de rougeur à la main, les plaies étaient couvertes d'une suppuration de bonne nature ; les doigts étaient tous fortement fléchis. (Pansement avec la charpie et le cérat, application d'une palette à la face palmaire pour tenir les doigts étendus et maintenus au moyen d'une bande roulée autour de la main du poignet et de l'avant-bras. Le 7, les plaies commençaient à se couvrir des bourgeons charnus, peu de douleur, peu de fièvre. (Même pansement, le tiers d'alimens). Le 10, la suppuration était moins abondante, la main moins tuméfiée ; avant le pansement, on imprima chaque jour aux doigts des mouvemens de flexion et d'extension afin de faciliter le glissement de leurs tendons et s'opposer à leur adhérence ; le doigt annulaire était seul respecté à cause de la fracture. Le 14, la suppuration, la douleur, la tuméfaction étaient bien diminuées ; l'aspect des plaies qui commençaient à se cicatriser était bon ; point de fièvre ; sommeil calme ; appétit. (Pansement simple, la demie d'alimens).

Le 20, les plaies de la face palmaire étaient entièrement cicatrisées ; les supérieures marchaient promptement vers la guérison.

Le 2 avril, la plaie de la face dorsale était cicatrisée, il ne restait plus que de la raideur dans les doigts ; un bain de main gélatineux fut permis chaque jour, avec recommendation de faire mouvoir les doigts plusieurs fois dans la journée afin de leur rendre leur souplesse.

La malade sortit le 10 mai, ne pouvant fléchir le doigt annulaire ; mais faisant mouvoir parfaitement tous les autres.

Les idées principales émises dans ce mémoire peuvent être résumées dans les quatre propositions suivantes qui sont elles-mêmes la généralisation des douze observations qui l'accompagnent.

1°. L'eau froide, employée comme topique, doit agir d'une manière uniforme, continue, et pendant un temps assez long pour que l'on n'ait plus à redouter de réaction inflammatoire ; l'irrigation, à l'aide d'un ou plusieurs syphons capillaires, atteint sûrement ce but : les applications de linges trempés dans l'eau, s'en éloignent toujours plus ou moins puisque la température éprouve nécessairement des alternatives d'élévation et d'abaissement d'autant plus prononcées qu'il s'écoule plus de temps entre chaque renouvellement des linges imbibés d'eau froide.

2.° L'irrigation continue d'eau froide est un moyen héroïque et infaillible pour prévenir et combattre l'inflammation dans les cas de lésions traumatiques les plus graves, et qui provoquent ordinairement de très-violens accidens inflammatoires, ainsi dans les plaies par arme à feu, celles par écrasement, celles qui résultent de la dissection et de l'ablation partielle des kystes placés au milieu des tendons du poignet, etc.

3.° La gangrène est le seul accident à redouter par suite de l'irrigation longtemps prolongée ; quand elle survient, ce n'est pas dans la plaie elle-même, mais dans la partie du corps qui est au-delà de la plaie ; elle survient lorsque la presque totalité des parties molles de la périphérie du membre a été désorganisée par la contusion : elle semble due à ce que l'eau froide s'oppose à la libre circulation du sang dans la portion des parties molles restée intacte, et qui sert de moyen d'union entre l'extrémité du membre et le reste du corps.

4.° Je n'ai pas eu occasion d'essayer l'irrigation, après une amputation ; mais je crois fermement que ce moyen préviendrait la plupart des accidens locaux et généraux que

cette opération grave entraîne trop souvent; en même temps qu'il favoriserait la réunion par première intention, mode de pansement si avantageux quand il est appliqué avec succès.

Remarques pratiques sur l'emploi du calomélas en médecine; par M. Jobet, *D. M. à Vannes.*

Pour prendre une idée exacte de la diversité d'opinions qui, selon les temps, a régné en médecine, sur l'usage des purgatifs, et particulièrement du proto-chlorure de mercure, il n'est besoin que de compulser les auteurs anciens, de mettre en parallèle Hamilton et les écrivains français, de rapprocher l'école de Galien de celle de Broussais, et nous verrons qu'on a tour-à-tour exalté et méconnu l'utilité de leur emploi. Il est si difficile aux médecins de garder un juste milieu, qu'ils sont toujours tombés d'un extrême dans un autre. Mais c'est surtout depuis que la doctrine physiologique, considérant l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale comme le point de départ do presque toutes les maladies, a fait de cette membrane un véritable *noli me tangere,* que la grande majorité des praticiens de notre époque ont redouté plus que jamais l'emploi des purgatifs. Eh bien ! disons, à notre tour, ce que nous avons observé.

On a dit : 1.° le calomel introduit dans l'estomac à la dose de douze à quinze grains, amène constamment après lui une inflammation de cet organe.

2.° Le protochlorure de mercure n'agit le plus souvent que comme purgatif.

3.° Quand il n'agit pas comme purgatif, le calomel porte son action sur la muqueuse buccale.

4.° Le calomel a une action plus prononcée sur l'intestin grêle que sur l'estomac et le colon. Il excite particulièrement les plaques agminées de Peyer, et provoque une sécrétion glutineuse d'un vert noir.

5.° Enfin, on a attribué au calomel la propriété de chasser les vers.

Toutes ces questions, nous croyons pouvoir les résoudre positivement ou négativement par le résumé des observations que nous avons recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service et sous les yeux de notre ancien maître, M. le professeur Andral.

Nos expériences ont été faites sur des adultes; et pour éviter l'erreur dans laquelle sont tombés plusieurs expérimentateurs habiles, nous ne nous sommes servi que du protochlorure de mercure préparé à la vapeur, par le procédé de M. Henry fils; protochlorure de mercure qui ne contient pas un atôme de *sublimé*. Nous nous en sommes assuré plusieurs fois.

Effets physiologiques. — Lorsqu'on administre le calomel à des doses très-fractionnées, un quart de grain, un demi-grain même, il n'amène ordinairement après lui aucun résultat appréciable; mais si cette dose est long-temps continuée, il agit alors à la manière de tous les sels de sa nature, comme excitant spécifique du système muqueux. Lorsqu'on le donne à la dose de douze grains, le malade n'éprouve d'abord aucune sensation désagréable. C'est au bout d'un temps qui varie selon l'idiosyncrasie de chaque individu, quatre à cinq heures environ, que de très-légères coliques se font sentir; une première selle leur succède, les coliques disparaissent, et le malade continue d'aller à la garde-robe trois à quatre fois encore dans les vingt-quatre heures. Nous avons vu des malades avoir dix ou douze selles, tandis que d'autres individus, à la suite de l'administration de la même quantité de protochlorure de mercure, n'allaient qu'une ou deux fois à la garde-robe. Dans ce dernier cas, l'action du calomel est reportée toute entière sur la muqueuse buccale: la rougeur et le gonflement des gencives ne tardent pas à se manifester, et bientôt après vient la salivation. Sur trente observations, nous

n'avons vu que trois fois survenir cette aggravation symptômatique, et encore les sujets se trouvaient dans une circonstance particulière que nous aurons soin de mentionner plus tard (1).

Une autre fois encore nous avons vu naître l'inflammation gingivale sans salivation, chez un hémoptoïque qui avait avalé 24 grains du sel mercuriel en deux fois.

Ces quatre cas exceptés, nous avons toujours vu l'appareil digestif reprendre ses fonctions le lendemain de l'administration du calomélas ; la langue était naturelle, la soif nulle, le ventre souple et indolent.

Dans les cas de gastro-entérites ou gastro-entéro-colites chroniques, nous avons pu quelquefois apprécier les bons effets de notre médication.

Les fonctions circulatoires et respiratoires ne nous ont pas semblé ressentir l'influence de ce médicament.

La sécrétion laiteuse nous a paru modifiée une seule fois chez une nourrice que nous eûmes occasion d'observer pendant notre internat à l'hôpital des Vénériens. Cette femme, depuis plusieurs jours, faisait usage du calomel à la dose de deux ou trois grains, lorsque son enfant fut atteint d'une diarrhée qui ne cessa que lorsque la nourrice eut elle-même discontinué l'emploi du proto-chlorure de mercure.

Nous pensons aussi que le calomel ne chasse les ascarides qu'autant qu'il agit comme purgatif.

En consultant le tableau suivant, dressé d'après toutes nos observations, on arrivera plus aisément à connaître les effets physiologiques du calomélas sur l'économie.

---

(1) *Voyez* les Observations N.os II, III et IV.

Effets physiologiques du calomélas sur l'économie.

	DOSE du médicament.	HOMMES ou FEMMES.	AFFECTIONS.	COLIQUES LÉGÈRES.	NOMBRE des SELLES.	ROUGEUR et gonflement DES GENCIVES	HALEINE mercurielle, salivation.
	12 grains	homme	Épanchement ancien.	o	10	o	o
	12 »	homme	Emphysème pulmonre, affection du cœur.	quelques.	5	o	o
	12 »	femme	Céphalalgie.	quelques.	10	o	o
	12 »	homme	Pleurésie.	o	9	o	o
	12 »	femme	Métro-péritonite.	quelques.	6	o	o
	12 »	fomme	Bronchite chronique.	o	2	o	o
	12 »	homme	Pleurésie.	o	10	o	o
	12 »	homme	Ictère.	o	6	o	o
meme {	12 »	femme	Ictère.	o	6	o	o
	12 »	femme	Ictère.	quelques.	1	1	1
	12 »	homme	Gastro-entérite légère.	o	2	o	o
	12 »	homme	Pneunonie.	quelques.	6	u	o
	12 »	femme	Pleurésie.	quelques.	8	o	o
	12 »	femme	Rhumatisme des parois aldominales.	très-forte.	7	o	o
	12 »	homme	Hémorrhagie intestinale	o	18	o	o
	8 »	femme	Péritonite chronique.	o	3	o	o
même {	12	homme	Hémoptysie.	o	3	o	o
	12	homme	Hémoptysie.	o	2	1	o
	12	homme	Phthisie.	quelques.	12	o	o
même {	12	homme	Asthme.	o	4	o	o
	12	homme	Asthme.	o	5	o	o
même {	12	femme	Lumbago	qnelques.	o	o	o
	12	femme	Lumbago.	o	3	1	1
même {	15	homme	Bronchite.	quelques.	9	o	o
	12	homme	Id.	quelques.	6	o	o
	12	homme	Id.	quelques.	3	o	o
	12	homme	Gastro-entérite chroniq.	quelques.	5	o	o
meme {	6 (1)	homme	Diarrhée.	o	o	o	o
	6	homme	Id.	o	o	o	o
	6	homme	Gastro-entéro-colite.	quelques.	4	o	o

(1) Dans ce cas, nous avons employé le calomélas uni à l'opium en pilules.

Pour mieux faire ressortir les avantages et les inconvéniens résultant de l'emploi du calomélas dans telle ou telle affection, et pour en déduire plus rigoureusement les conséquences pratiques, nous citerons, avec tous leurs détails, plusieurs observations annexées au tableau qui précède.

Obs. I.re. — *Bronchite aiguë, 39 grains de protochlorure de mercure en trois jours de temps.* — Un charpentier, âgé de 50 ans, avait eu au mois de juillet 1832, une première fluxion de poitrine dont il guérit parfaitement en quinze jours. Il avait repris son travail avec son régime de vie habituel, ne toussait plus, lorsqu'il fut pris, il y a douze jours, d'une toux forte, accompagnée d'une expectoration muqueuse fort abondante, qui le força à entrer à l'hôpital de la Pitié, le premier février de l'année suivante. Les fonctions digestives n'étaient pas dérangées, jamais il n'avait eu de battemens de cœur, sa respiration était sifflante, et quand des quintes de toux survenaient, elles amenaient après elles une très-forte oppression. Le pouls battait 64 fois par minute, il y avait 24 respirations dans le même espace de temps. L'auscultation nous faisait entendre un mélange de râle sibilant et ronflant dans toute l'étendue de la poitrine, et de plus, en bas et en arrière du côté droit on percevait un râle humide muqueux. On pratique, le jour même de son entrée, une saignée de bras (4 palettes), le malade boit de la tisanne de mauve; le lendemain, nous ne trouvons point de changement dans son état, la toux était la même, les mêmes râles existaient dans la poitrine, il y avait un peu moins d'oppression : 20 respirations et 76 pulsations par minute. (15 grains de calomel à prendre en une seule fois, tisanne de mauve.)

Le premier jour, le malade eut 9 selles précédées de quelques coliques légères. La dypsnée était moindre, le râle muqueux avait fait place à du râle sibilant qui s'entendait dans tous les points de la poitrine. Le lendemain, quelques coliques s'étaient montrées de nouveau; elles

avaient été suivies de plusieurs garde-robes, la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, assez épais; pas de douleur de ventre, pas de gonflement ni rougeur des gencives; le malade avait dormi une grande partie de la nuit, il se sentait bien moins oppressé que de coutume; on le laissa pendant 24 heures à la tisane de mauve et à une potion gommeuse, puis on lui administra, une seconde fois, 12 grains de calomélas; cinq selles, précédées de coliques légères, comme la première fois, en furent la suite. La langue était redevenue naturelle, la toux diminuait progressivement. 20 respirations et 64 pulsations par minute. (Le quart d'alimens.)

La journée qui suivit se passa sans coliques, sans douleur de ventre, sans rougeur de gencives. Le râle sibilant existait dans quelques points seulement de la poitrine. (12 grains de calomel.)

Cette fois-ci, les coliques furent plus fortes que les autres fois, le malade n'eut que trois selles de matières solides; la langue était naturelle, la soif nulle, la muqueuse buccale saine, et la toux existait à peine. Le surlendemain, le malade mangea les trois quarts de la portion d'alimens; il sortit le 24 février, toussant encore un peu, et conservant un peu de râle sibilant en deux ou trois points des parois thoraciques.

Voici un premier fait bien riche en résultats thérapeutiques, et bien remarquable sous le rapport physiologique! Nous voyons, en effet, sous l'influence de notre médicament, une bronchite aiguë fort intense diminuer de jour en jour, durant tout le traitement; nous n'observons aucun changement du côté des voies digestives; elles restent intactes, et par une simple dérivation produite sur l'intestin, l'inflammation de la muqueuse des bronches disparaît, et avec elle tous ces râles qui existaient dans la poitrine, indices certains d'un engoûement de petites ramifications bronchiques. Pas de salivation, pas même de rougeurs ni

de gonflement des gencives. L'action du calomel a été toute purgative; la dose en était cependant très-élevée, 39 grains en trois jours.

Obs. II.me — *Ictère.* — Un maçon, âgé de 42 ans, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsqu'il fut pris, il y a cinq jours, quarante-huit heures après un violent accès de colère, d'une teinte ictérique presque générale. Le lendemain de cet accident, il eut quelques nausées qui se dissipèrent bientôt, et il entra, le 10 mars 1833, à l'hôpital de la Pitié. La conjonctive oculaire, les aîles du nez, les bords des lèvres et toute la partie supérieure du corps étaient d'un jaune safran pâle; on remarquait encore sur les jambes une teinte ictérique un peu moins prononcée. Du reste, pas de démangeaisons à la peau; on ne produisait aucune douleur en pressant sur l'hypocondre droit, le foie ne faisait pas de saillie; les appareils digestif et respiratoire remplissaient bien leurs fonctions, seulement; le malade n'avait pas eu de selles depuis trois jours, son urine était rouge-orange, le pouls battait 68 fois par minute.

On prescrivit une saignée du bras de 4 palettes, de la limonade citrique pour tisane. Le caillot de la saignée n'était pas recouvert de couenne, mais sa sérosité était jaunâtre. Rien n'était changé dans l'état de notre malade, il avait eu une garde-robe, et son pouls donnait à la minute le même nombre de battemens que la veille. (12 grains de calomélas, même tisane).

6 selles, sans coliques ni douleurs de ventre, furent la suite de l'administration de notre médicament. La langue était humide, sans rougeur, et la muqueuse buccale n'avait pas été atteinte; la couleur ictérique était la même.

Le malade resta encore deux jours à l'hôpital; ses voies digestives ne se dérangèrent pas, nous n'observâmes qu'une plus grande pâleur de la peau, la jaunisse existait encore lorsqu'il fut forcé de sortir, le 15 du même mois, cinq jours après son entrée.

Ce fait ne confirme pas l'action, pour ainsi dire spécifique, tant vantée par les anglais, du calomélas dans l'ictéricie idiopathique; peut-être, ne l'avons-nous pas administré à assez haute dose; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que dans ce cas, encore, nous n'avons vu aucune inflammation intestinale survenir à la suite de son emploi. Le malade a eu 6 selles, la muqueuse gingivale est restée intacte. Il n'en fut pas de même dans le fait qui suit, et dont je ne citerai, faute de notes, que les circonstances principales que ma mémoire me rappelle.

Obs. — III.me — *Ictère.* 24 grains de calomélas en deux jours).

Une femme de chambre, de 28 à 30 ans, entre à l'hôpital de la Pitié dans le courant de l'année 1833, à la suite d'un violent accès de colère qu'elle avait eu à huit heures du soir. Elle remarqua, le lendemain, une teinte ictérique de tout le corps; elle avait parfaitement dormi toute la nuit, elle conservait son appétit ordinaire, la respiration était libre, son miroir seul lui indiqua qu'elle était malade; elle se décida alors à venir à l'hôpital. On lui fait d'abord une saignée du bras, et le sang nous offrit le même aspect que celui que nous avions trouvé chez l'homme qui fait le sujet de l'observation précédente. Le seul changement que nous cûmes à noter, était une vive démangeaison de la peau. On prescrivit 12 grains de calomélas; la malade eut 6 selles sans coliques, la langue conservait son humidité et sa couleur naturelle, le ventre était souple et indolent; la teinte ictérique restait la même. On ordonna encore 12 grains de calomélas. Cette fois, la malade n'eût qu'une garde-robe précédée de coliques légères; mais, dès le lendemain, on vit survenir de la rougeur et du gonflement aux gencives; le jour suivant on reconnut l'haleine mercurielle, puis vint la salivation qui persista 24 heures seulement. On fit prendre à la malade des gargarismes opiacés et des lavemens purgatifs. La jaunisse avait disparu le huitième jour de l'entrée de la malade à la Pitié.

Dans cette observation nous voyons précisément le contraire de ce qui est arrivé dans le fait précédent; mais il faut bien noter que le sujet, dans ce dernier cas, est une femme, qu'elle a pris en 48 heures une dose moitié plus forte de calomel, et que ce n'est que le second jour que notre médicament n'ayant pas amené de selles à la suite de son administration, son action s'est reportée, comme nous l'avons déjà dit, sur le système muqueux buccal.

Obs. IV.ᵉ— *Lumbago. Signes de congestion cérébrale.* (24 *grains de calomel en deux jours.*) Une ouvrière en bas, âgée de 50 ans, avait été parfaitement réglée depuis l'âge de 11 ans jusqu'à 49, et malgré cela, était sujette, depuis son enfance, à des migraines très-fortes, qui se répétaient plusieurs fois par semaine. Elle était née avec le pied et la main du côté droit contournés et retirés sur eux-mêmes. Elle avait perdu l'œil gauche, il y a un an, et tout récemment, enfin, en descendant son escalier, elle fit une chute sur les reins, et conserva depuis ce temps une douleur assez vive dans cette partie. Elle éprouve par moment des éblouissemens, des vertiges. Son pouls bat 76 fois par minute, elle a 20 respirations. Les voies digestives sont restées intactes. On lui fait une saignée du bras de 4 palettes.

Les étourdissemens, la céphalalgie et la douleur des reins persistent. La langue est humide, elle conserve toujours de l'appétit; pas de selles depuis 24 heures, 64 pulsations et 20 respirations par minute. (12 grains de calomélas).

Toute la journée et une grande partie de la nuit, la malade éprouva des coliques qui, quoique légères, ne laissaient pas que d'être incommodes; elle n'eut pas une seule selle. La langue est néanmoins naturelle, la douleur des reins et la céphalalgie existent encore. 72 pulsations, 16 respirations. (12 grains de calomélas).

Cette fois, la malade eut trois selles sans coliques, la douleur des reins avait disparu, mais les gencives étaient

tuméfiées et douloureuses, l'haleine mercurielle était très-prononcée. Le lendemain, la salivation arriva, et avec elle une céphalalgie violente, accompagnée de convulsions des muscles de la face, et d'une légère déviation de la bouche. La langue se tirait droite, elle était humide. On pratiqua une seconde saignée du bras, la céphalalgie se dissipa, la face reprit son état normal, et l'engourdissement de tout le bras gauche, qui existait la veille et que j'avais oublié de mentionner, se bornait à un fourmillement au bout des doigts. La malade sortit dans cet état, le 15 mars, 13 jours après son entrée à l'hôpital. L'haleine mercurielle, la salivation et la rougeur des gencives n'existant plus du tout.

A part la congestion cérébrale survenue, et que nous devons attribuer seulement à l'idiosyncrasie de la malade, à son état pathologique depuis nombre d'années, et non à notre médication, nous voyons, avec le même ensemble de circonstances, les mêmes résultats avoir lieu chez elle, et chez la femme qui fait le sujet de l'observation précédente. A la suite de l'administration de 24 grains de protochlorure de mercure, cette dernière malade n'eut que trois selles, et dès le lendemain, nous voyons apparaître une salivation abondante.

OBS. V.me—*Hémoptysie sans autre signe de tuberculisation pulmonaire. (24 grains de calomélas en 2 jours).* — Un sourd-muet, âgé de 27 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 23 février de l'année dernière. Comme commémoratif; tout ce que nous pûmes apprendre, c'est qu'ayant toujours joui d'une bonne santé, il fut pris, sans cause connue, il y a trois jours, d'un crachement de sang fort abondant qui le força de s'aliter. Cette hémoptysie persiste, et l'oppression qui l'accompagnait, quoique moindre que le premier jour, est assez grande encore pour gêner beaucoup sa respiration. Depuis trois jours aussi, il y a anorexie complète; cependant la langue est naturelle, le ventre souple et indolent. Dans tous les points de la poitrine, la respiration est pure,

il n'existe aucun râle; pas de céphalalgie, pas d'étourdissemens. L'artère radiale explorée bat 80 fois par minute, il y a 20 inspirations dans le même espace de temps.

On pratique une première saignée du bras ; le caillot est sans couenne. Le crachement de sang est aussi fort que la veille; la respiration est toujours pure, le malade n'a pas eu de selles depuis deux jours; 88 pulsations et 20 respirations; (12 grains de calomelas).

Le malade a eu trois selles dans la journée, la matière en était solide et jaunâtre, l'hémoptysie a à peu près cessé. 80 pulsations, 24 respirations. (12 grains de calomélas).

Deux selles liquides de même couleur et très peu abondantes ont été la suite de l'administration de cette seconde dose de proto-chlorure de mercure. On ne remarque plus dans le vase du malade, que quelques crachats teints de sang; la langue est naturelle, mais les gencives sont tuméfiées et douloureuses ; l'haleine n'est pas caractéristique, et la salivation n'existe pas. On cesse l'emploi du calomel, deux jours s'écoulent, l'hémoptysie a complètement disparu ; les gencives sont encore un peu doulonreuses, elles ne sont plus rouges, les voies digestives sont en bon état, le malade demande à manger, et sort le lendemain parfaitement guéri.

Cette observation se rapproche beaucoup des deux précédentes ; à l'individualité près, nous observons à peu-près les mêmes phénomènes : chez ce dernier, il n'y a pas eu de salivation, mais il est extrèmement probable que si une troisième dose de calomel aussi forte que la première avait été administrée à notre malade, elle serait survenue. Maintenant, devons-nous attribuer au calomélas la cessation de l'hémoptysie? je ne le pense pas; la saignée du bras qui avait été pratiquée antérieurement suffisait à elle seule pour amener ce résultat.

Obs. VIme. — *Gastro-entérite.* — Un bonnetier, âgé de 21 ans, habitant Paris depuis sept mois, a eu, il y a trois ans, un rhume très-fort, accompagné d'une expecto-

ration abondante ; de temps à autre, il a eu des crachemens de sang. Sa respiration était gênée, il ressentait beaucoup de palpitations. Tous ces symptômes ont duré jusqu'à l'âge de 20 ans, et depuis 12 à 13 mois à peu près, il jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'il fut pris, il y a trois jours, d'une douleur vive au creux de l'estomac, avec coliques dans tout le ventre et constipation depuis cette dernière époque. Il entra alors à l'hôpital, et quand nous le vîmes à la visite du lendemain, il ajouta à ces premiers renseignemens, qu'il ressentait une courbature dans tous les membres et dans les reins. Le jour précédent il avait pris un bouillon qu'il avait vomi presqu'ausitôt. Sa langue était rouge à la pointe et recouverte au centre d'un enduit jaunâtre assez épais ; pesanteur au creux de l'estomac et douleur vive augmentant par la pression dans le trajet du colon. Le ventre était ballonné, pas de selles depuis trois jours ; depuis ce temps, frisson chaque soir et sueurs pendant la nuit. Il ne toussait pas, sa respiration était libre et pure dans tous les points de la poitrine, excepté sous la clavicule gauche où elle était un peu moins forte que sous la droite. 68 pulsations, 18 respirations par minute. (On prescrivit d'abord une saignée du bras).

Le lendemain, la douleur des reins persistait. La langue conservait le même aspect que la veille, l'estomac était un peu moins douloureux, mais une douleur vive existait encore autour de l'ombilic, le ventre était toujours ballonné ; le malade n'avait pas été à la selle. 80 pulsations, 20 respirations. (12 grains de calomélas).

Deux selles seulement furent la suite de l'administration du calomel. La langue était devenue naturelle, la douleur et le ballonnement du ventre n'existaient plus, l'accès de fièvre manqua dans la nuit ; l'appétit était revenu. On ne comptait plus que 64 pulsations et 16 respirations par minute. On commença dès-lors à donner au malade une soupe et deux bouillons. Le lendemain, les voies digestives

étaient en très-bon état; on augmenta la quantité des alimens; la convalescence ne tarda pas à se confirmer, et deux jours après, notre malade sortit en parfaite santé.

Bien évidemment la gastro-entérite existait encore le lendemain de la saignée. L'estomac était un peu moins douloureux. Voilà tout ce que nous avions obtenu; mais la douleur du ventre et son ballonnement persistaient. On n'hésita pas à administrer un purgatif. Que de praticiens se seraient récriés en entendant semblable prescription! Eh bien! quel en a été le résultat? La disparition complète de tous les symptômes d'entérite.

Notre malade n'a eu que deux selles et la muqueuse buccale n'a pas été atteinte.

Obs. VII[e]. — *Métro-péritonite. — Cancer de l'utérus et de l'estomac.* (12 *grains de calomélas en une seule fois*). — Une blanchisseuse, âgée de 60 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 28 février 1833. Depuis quelques jours elle nous dit éprouver des douleurs fort aiguës dans les articulations des membres et dans les reins. La langue est un peu sèche, sans rougeur; depuis plusieurs jours elle a perdu l'appétit, et elle a de fréquentes nausées, suivies quelquefois de vomissemens de matière grisâtre. Son ventre très-gros et tendu, rend un son mat au-dessus de l'ombilic; il est douloureux à la pression dans sa totalité. De temps à autre, elle ressent des frissons irréguliers dans tout le corps. Sa respiration est haute, et quand elle tousse elle éprouve une douleur vive dans tout le ventre. L'auscultation ne nous dénote la présence d'aucun râle dans la poitrine. 104 pulsations et 20 respirations par minute. Depuis l'âge de cinquante ans, époque à laquelle la malade a cessé d'être réglée, elle a eu jusqu'à ce jour, des pertes quotidiennes utérines qui vont toujours en augmentant.

On pratique une première saignée du bras. Le caillot se recouvre d'une couenne de 6 lignes d'épaisseur; ses bords sont relevés. La douleur des membres existe toujours, la

langue se sèche, la face est très-pâle. La malade n'a cessé de vomir toute la journée et une grande partie de la nuit. Les muscles des parois abdominales sont contractés, tout le ventre est endolori. Constipation depuis deux jours. 112 pulsations et 44 inspirations ; la respiration est costale. (30 sangsues aux reins).

La langue est redevenue humide ; la douleur lombaire a disparu. Tous les autres symptômes du côté du ventre existent encore. Pas de selles ; 112 pulsations, 32 respirations. (12 grains de calomel).

La langue est naturelle ; la malade a eu six selles précédées de quelques coliques légères. Le ventre est encore doulourenx, les vomissemens ont cessé. 116 pulsations, 28 respirations. Trois jours s'écoulent ; on cesse l'emploi du calomel. Les symptômes du côté des voies digestives reparaissent plus forts que la première fois. Les vomissemens sont de matière noirâtre semblable à du chocolat. La langue se recouvre d'un enduit jaune-brun ; les dents sont fuligineuses ; le pouls est très-petit et la mort survient le 5 mars, six jours après l'entrée de la malade à la Pitié.

Autopsie 36 heures après la mort. — *Cerveau.* Plusieurs petits kystes dans le plexus choroïde de l'un et de l'autre côté, partout ailleurs, état normal. *Cervelet* sain.

Poitrine : poumons sains et sans adhérence, le cœur a trois pouces six lignes de longueur sur trois pouces de largeur ; on ne remarque qu'un léger rétrécissement à l'orifice aortique. Pas d'ossifications, tout le péritoine est recouvert de fausses membranes, un demi-litre de pus existe dans sa cavité. Le foie est recouvert d'une couche de pus membraniforme ; son tissu est gras, sa consistance normale ; la vésicule est remplie d'une bile noire très-épaisse, la rate très-molle, très-friable, est pâle.

Estomac. Vers le milieu de sa face postérieure et dans le cul-de-sac, on trouve des plaques grisâtres de 4 lignes de

diamètre, entourées d'une aréole noirâtre qui rappelle la couleur des vomissemens que la malade avait eus quelques jours avant sa mort. Dans ces endroits la muqueuse gastrique est épaissie, sa consistance est molle, tandis que partout ailleurs nous remarquons un état normal. L'intestin grêle est sain dans tous ses points; sa muqueuse est blanche et d'une bonne consistance, les plaques agminées de Peyer ne forment pas de saillie, et nous ne voyons pas que la sécrétion des follicules ait été plus abondante. Le gros intestin présente quelques lignes rougeâtres éparses çà et là; le col de la matrice n existe plus; les parois de l'utérus incisées ressemblent à la matière tuberculeuse des enfans. L'ovaire droit est atrophié, le gauche est confondu dans la matière lardacée qui entoure le petit bassin.

On a dit, qu'à la suite de l'administration du proto-chlorure de mercure, les cryptes muqueux de Peyer et de Brunner étaient excités de manière à fournir une sécrétion d'un vert noir ou brun qui donnait la couleur aux selles des malades soumis à l'emploi du calomel. Nous n'avons jamais remarqué que les individus qui faisaient usage de notre médicament, aient eu des selles de même couleur, et nous citons avec détails l'autopsie de cette femme cancéreuse, pour montrer l'intégrité de l'intestin grêle. Nous n'avons, il est vrai, que ce seul fait à opposer à l'opinion de M. Guersent; mais il nous suffit, je pense, pour ne pas partager son avis qui nous semble être une hypothèse.

Si nous omettons de citer maintenant avec tous leurs détails le reste de nos observations, c'est que dans ces cas, le calomélas ne nous a semblé agir qu'à la manière d'un simple minoratif. C'est ainsi que chez plusieurs asthmatiques, par la dérivation seule qu'il a produite sur le canal intestinal, il a calmé les quintes de toux, diminué l'oppression, etc.

Chez un homme qui avait un engouement inflammatoire

des deux poumons, et qui, malgré plusieurs saignées qui lui avaient été pratiquées, conservait encore du râle sous-crépitant fin ou du râle sibilant dans plusieurs points de la poitrine, et avec cela, un défaut complet d'appétit. Le calomel, administré à la dose de 12 grains en une seule fois, a amené après lui la résolution de tous ces symptômes.

Deux fois il a été donné dans des bronchites aiguës chroniques, et bien que des évacuations sanguines aient été pratiquées antérieurement, nos malades, conservant encore de la toux et de l'oppression, le calomel n'a amené après lui aucun résultat thérapeutique.

Chez un serrurier âgé de 60 ans, nous avons vu sous l'influence du proto-chlorure de mercure, un épanchement pleurétique ancien disparaître en partie, tandis que chez un autre individu atteint de la même affection, neuf selles ont été la conséquence de l'administration du sel mercuriel, des coliques assez fortes s'en sont suivies et l'épanchement est resté le même.

Dans un cas d'hémorrhagie intestinale, après avoir employé la saignée et tous les astringens imaginables, extrait de ratanhia en lavement, tisane de riz, diascordium, sous-carbonate de fer et sulfate de quinine en pilules, le malade a pu prendre douze grains de calomélas sans aucun résultat fâcheux.

Enfin, une dernière observation est celle d'une femme affectée de péritonite chronique; je ne puis la passer sous silence; elle nous confirmera dans l'idée que nous avons émise tout d'abord : le calomélas agit le plus souvent à la manière d'un minoratif semblable à-peu-près à l'huile de ricin employée à petite dose.

VIII.e Obs. — *Péritonite chronique.* (*8 grains de calomélas en deux prises*). — Une brunisseuse âgée de 17 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 5 février 1833, et nous dit que depuis la première apparition de ses règles, époque qui date de deux ans, elle éprouve souvent des douleurs

de ventre ; jamais, au reste, elle n'a cessé d'être parfaitement réglée ; mais depuis quinze jours les douleurs du ventre sont devenues plus fortes ; elle a de la céphalalgie. De temps à autre des bouffées de chaleur lui montent à la tête, sa langue est sèche, la soif médiocre ; anorexie depuis plusieurs jours ; vomissemens après avoir mangé : la pression autour de l'ombilic augmente beaucoup les douleurs. La respiration est pure partout ; elle tousse peu. 108 pulsations et 48 respirations. (Tisane de mauve édulcorée avec sirop de gomme ; saignée de 4 palettes).

Le lendemain, la langue, un peu rouge à la pointe, est humide à son centre. La soif est nulle ; la malade n'a pas eu de vomissemens ; le ventre est aussi douloureux à la pression que la veille. (120 pulsations et 24 respirations). (20 sangsues sur le ventre ; même tisane.)

Le ventre est encore douloureux ; la malade a eu trois vomissemens la nuit dernière ; la langue est humide, mais recouverte d'un enduit jaunâtre assez épais ; la toux persiste. Deux selles dans les vingt-quatre heures. 120 pulsations et 36 respirations. (Mauve, potion gommeuse, cataplasme de farine de graines de lin sur le ventre, 8 grains de calomel en deux prises).

Trois selles, sans coliques, ont été la suite de l'ingestion du calomélas dans l'estomac. La langue est blanchâtre, le ventre bien moins douloureux qu'hier ; la peau est sans chaleur ; la céphalalgie a disparu. 104 pulsations et 20 respirations. La malade conserve la diète absolue pendant vingt-quatre heures encore ; le ventre redevient souple et indolent ; elle a eu deux selles de matière liquide ; toute la nuit elle a parfaitement reposé, et ce matin son pouls ne bat plus que 80 fois par minute. Elle a 24 respirations dans le même espace de temps. La langue est humide. On prescrit deux bouillons.

Le lendemain, aucun accident n'est survenu du côté des voies digestives ; le pouls a repris son type normal ; 75 bat.

temens par minute; la respiration est facile; on peut presser impunément le ventre dans tous ses points. La malade demande à manger; on lui accorde bientôt le quart de la portion d'alimens, puis la demie, et elle sort quelques jours après parfaitement guérie.

De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de conclure :

1.° Que le calomélas introduit dans l'estomac à la dose de douze grains, n'entraîne pas conséquemment après lui une inflammation des voies digestives.

2.° Qu'il n'agit, dans la grande majorité des cas, qu'à la manière d'un purgatif doux.

3.° Que quand il ne purge pas (et seulement dans ce cas), le calomel jouit de la propriété particulière d'exciter le système muqueux; il porte son action sur la muqueuse buccale.

4.° Que la sécrétion particulière attribuée aux plaques agminées de Peyer et de Brunner, qui, dit-on, donne une couleur vert-noir aux selles des individus soumis à l'usage du protochlorure de mercure, se trouve démentie par nos observations.

Mémoire sur la dysenterie épidémique de Maine-et-Loire, en 1834; présenté à la Société de Médecine d'Angers, le 1.er décembre 1834, par J. Guéretin, *premier chirurgien-interne de l'Hôtel-Dieu de la même ville.*

Les auteurs appellent *dysenterie, colite, colo-rectite*, la phlegmasie de la muqueuse des gros intestins. Assez souvent aussi les autres membranes intestinales participent à l'inflammation.

On a distingué des dysenteries muqueuse, bilieuse, inflammatoire; des colites simple et spécifique (Rostan,

4..

Cours de Méd. clinique); des dysenteries sporadiques et épidémiques, etc.

Pour le caractère épidémique, je le crois tranché dans les cas dont nous allons donner la description; les détails invoqués par les auteurs pour le prouver nous paraîtraient ici superflus.

Quant à la contagion, faut-il l'admettre dans l'affection qui nous occupe? Je ne le crois pas, surtout dans le sens de contagion immédiate. J'ai bien vu que, dans les campagnes surtout, peu de maisons n'avaient qu'un seul malade; il était rare que plusieurs cas ne se déclarassent pas après le premier. Mais devait-on s'en prendre à la contagion? Les aides n'étaient le plus souvent pas les personnes prises. Quelques médecins seulement en furent attaqués, et cependant la plupart occupaient toutes leurs journées à visiter les malades. D'un autre côté, plusieurs cas ont eu lieu sur des étrangers qui venaient habiter des maisons contenant un ou plusieurs malades.

Je m'en tiendrai à ce simple exposé, et ne reproduirai point les raisonnemens invoqués par les auteurs pour ou contre la contagion.

Dans l'épidémie actuelle j'ai bien trouvé, selon les cas, une prédominance plus ou moins marquée de symptômes inflammatoires, gastriques ou bilieux, etc., mais ces caractères ne m'ont pas semblé assez tranchés pour en faire des variétés de dysenterie.

Histoire de la maladie. — Le choléra qui, en 1831, avait fait des ravages à Angers, avait reparu, bien moins intense, dans l'hiver de 1833. Dans les mois de mai ou de juin 1834, on en constata de nouveaux cas. Les départemens voisins, la Loire-Inférieure sur-tout, en offraient aussi d'assez nombreux. Quelques temps après, on annonça aussi des symptômes dysentériques dans plusieurs communes du département. A Saint-Quentin-en-Manges, près Beaupreau, où je fus envoyé, l'épidémie dysentérique s'y

était manifestée le 9 juillet 1834, et y faisait d'assez grands ravages. C'est, avec les communes circonvoisines, un des premiers sièges du mal; ce ne fut qu'assez long-temps après, dans la première moitié d'août, que l'épidémie prit de l'extension, et qu'on l'annonça très-intense à Rochefort-sur-Loire, Saint-Aubin, etc. Vers la même époque les journaux en signalaient déjà des cas nombreux du côté de Nantes, dans les paroisses riveraines, du côté de Tours, jusques dans les provinces du Midi. Vers la même époque aussi, plusieurs cas apparurent à Angers. Depuis près de deux mois déjà le choléra y existait. L'épidémie n'y a point été aussi intense que dans les communes où elle débuta; les cas de dysenterie et de choléra s'égalaient à-peu-près en nombre. Presque tous ceux de dysenterie y ont paru spontanément, comme à Saint-Quentin et dans les autres paroisses. J'ai été étonné de voir que les malades pris dans la ville ou les environs étaient souvent des personnes robustes, jeunes, tandis que ceux de nos hôpitaux, déjà réduits à un marasme plus ou moins avancé, ont pour la plupart échappé à la maladie.

Aujourd'hui 16 novembre 1834, on ne parle presque plus de l'épidémie cholérique ou dysentérique dans la ville. Nos hôpitaux n'offrent plus un seul cas de choléra; quant aux dysenteries, il nous en vient rarement; les symptômes sont peu graves et cèdent promptement. Deux ou trois cas à symptômes chroniques nous restent encore depuis le temps où l'épidémie avait le plus d'intensité.

Causes. — Maintenant quelles sont les causes qui ont paru influer sur le développement de l'épidémie, ou qui l'ont déterminée?

1.° *Causes prédisposantes.* — Pour prouver combien est inconnue l'influence atmosphérique que les auteurs donnent comme cause médiate et prédisposante d'une épidémie, je ne citerai que le petit bourg de Saint-Quentin, près Beaupréau. Avant le 9 juillet 1834, aucun cas ne s'y était

déclaré. Le 1.er août on y comptait déjà près d'une centaine de malades, sur 800 habitans environ. De même, à l'hôpital Saint-Jean d'Angers, aucun cas n'avait paru avant le milieu d'août; on n'y en compta jamais un plus grand nombre que dans ce mois ou le suivant.

Le choléra aurait-il, cette année, contrairement aux années suivantes, prédisposé aux dysenteries les lieux qu'il ravageait? En effet dans la plupart des communes son apparition a précédé celle de la colite. Ou bien ne serait-ce qu'une modification qu'il aurait revêtue? Peut-être cette opinion aurait-elle quelque probabilité, si l'on considère que très-souvent, surtout vers l'invasion de l'épidémie, les deux ordres de symptômes se sont alliés; et que dans les deux cas le siége des lésions les plus tranchées a été la muqueuse gastro-intestinale, seulement avec apparence de spécialité de régions de cette muqueuse pour la dysenterie.

On a dit qu'un été ou un automne chauds, à nuits froides, sont une cause très-fréquente de dysenterie épidémique. L'été et l'automne de 1834 n'ont-ils pas réuni ces conditions?

Invoquerai-je la mal-propreté, l'humidité? Elles n'ont pas paru y influer sensiblement. Parlerai-je aussi de l'âge, du sexe, du tempérament, de la condition, également, etc.? J'ai vu des malades de tous les âges, des deux sexes, de tous les tempéramens, de toutes les conditions. J'ai cependant assez peu vu d'enfans dysentériques; assez souvent aussi ceux d'une même famille ont été pris simultanément.

2.° *Causes efficientes.*—Les écarts de régime, les alimens lourds et malsains, les fruits, les melons surtout, ont paru provoquer souvent son développement. A Angers, les melons ont amené souvent des symptômes cholériques ou dysentériques peu de temps après leur ingestion. A ces causes, ajoutez que la plupart des malades, dans les campagnes surtout, restaient levés à demi vêtus, sortaient au vent et souvent les pieds nus sur la terre; qu'ils mangeaient

malgré la défense; qu'ils ne faisaient souvent pas ce qui était ordonné ; que les maisons, par la situation des portes, étaient souvent exposées à un courant d'air, ce qui pourra expliquer peut-être l'intensité de l'épidémie dans ces bourgs; intensité plus grande qu'à Angers et dans nos hôpitaux, où les soins hygiéniques, les prescriptions, la diète, étaient la plupart du temps strictement observés.

Symptômes. — L'invasion, la marche, la gravité des symptômes, la terminaison de la maladie, m'ont offert plusieurs variétés assez tranchées.

Je décrirai trois modifications principales de l'affection, modifications dont les différences sont surtout fondées sur l'intensité des symptômes et sur leur marche plus ou moins rapide.

Divers auteurs ont distingué une dysenterie *aiguë* et une dysenterie *chronique*. Tous les malades que j'ai pu observer se sont guéris au bout de 24 heures ou 40 jours, ou sont morts dans le même espace de temps. Quand la maladie débutait avec des symptômes fébriles prononcés, il était extrêmement rare qu'elle se prolongeât avec des symptômes de chronicité : la terminaison ne se faisait pas attendre au-delà de 25 jours. Quand au contraire il y avait, au début, absence de fièvre, rarement aussi elle allait au-delà de 30 à 35 jours, en se prolongeant par des marques d'abattement et de faiblesse. S'il faut, dans ce cas, lui donner le nom de *chronique*, elle l'est dès le début, et la durée en est bornée. Pour la dysenterie qui persisterait un temps indéterminé, comme cet état de marasme, de douleurs intestinales qu'on voit si souvent à la suite du choléra, je ne l'ai jamais observée que sur deux ou trois malades qui sont encore dans le service des fiévreux. Je n'établirai donc point d'*état aigu* et d'*état chronique.*

1.re *Modification.* — Chez le plus grand nombre la maladie débutait spontanément par des borborygmes, de légères épreintes qui devenaient assez violentes en quelques

heures, une diarrhée abondante; 20 à 60 selles et plus avaient lieu dans la journée. Elles étaient liquides, bilieuses ou séreuses, et quelquefois avec de légères stries sanguinolentes. Il y avait du ténesme, une grande cuisson à l'anus, surtout pendant la défécation, qui était pénible, très-peu abondante au bout de dix à quinze heures. Point de fièvre, point de symptômes gastriques. Une diète sévère, quelques verres de tisane de riz, etc., suffisaient ordinairement pour dissiper tous les symptômes en un ou deux jours. Les malades étaient étonnés de se voir guéris en si peu de temps d'une secousse aussi prononcée. N'est-il pas facile de voir chez ces malades une influence épidémique spontanée? Une diarrhée ordinaire est-elle portée, en si peu de temps, à un si haut point, et guérie de même?

2.ᵉ *Modification.* — Chez le plus grand nombre des malades, l'épidémie a paru avec des symptômes bien plus prononcés et a persisté bien plus long-temps: invasion spontanée par un malaise général, des lassitudes, de l'anorexie, de la soif, de l'abattement, de la pesanteur de tête, des chaleurs vagues sans frissons à la suite. Chez d'autres, c'était pendant 10 à 24 heures, et sans les signes précédens, des borborygmes fatigans, continuels. Bientôt (6, 24, 36 heures après), épreintes fréquentes, violentes, commençant à l'épigastre ou aux flancs, pour aller mourir dans le rectum. Tiraillemens douloureux dans le dos ou les lombes; sentiment intérieur de chaleur cuisante au rectum; augmentation des borborygmes. Selles fréquentes (6 à 60 par jour), d'abord abondantes, bilieuses, porracées, très-liquides, subites, auxquelles succédaient, en 6 à 40 heures, des selles comme des *râclures* d'intestin, grumelées, sanguinolentes ou seulement roussâtres, ou même sanglantes. Quelquefois le sang paraissait dès le début. Elles étaient le plus souvent fétides dès le début aussi. Chez d'autres, les selles sont restées bilieuses, porracées, grumelées ou très-liquides, pendant toute la durée de la maladie.

J'ai trouvé souvent, surtout à Saint-Quentin, les selles d'une fétidité repoussante dans les derniers jours. Elles étaient presque nulles, grumelées, ressemblant absolument à une bouillie de chocolat. Chez tous ceux qui succombèrent, surtout vers le début de l'épidémie, elles prirent ces qualités ou bien la couleur safranée, jaunâtre, quelque temps avant la mort. Chez ces derniers, comme nous le verrons plus loin, elles avaient été presque toujours, dès le début, comme des *râclures*, puis promptement sanguinolentes. A Angers, je n'ai point trouvé généralement de selles aussi fétides; la maladie, qui existait déjà depuis long-temps dans plusieurs communes, semblait s'être améliorée de ce côté, comme nous le verrons pour d'autres symptômes. Je n'ai jamais trouvé dans les selles les débris apparens de la muqueuse que quelques auteurs y signalent.

A ces selles succédait (en 12 ou 40 heures), un ténesme continuel très-douloureux, avec sentiment de pesanteur et de brûlure au fondement. Le peu de matières qui sortaient par des efforts violens et fatigans de la défécation, finissaient par être presque nulles; elles faisaient éprouver au malade, à leur sortie, le sentiment d'un fer rouge. Tous n'ont pas offert un ténesme aussi prononcé. Quelquefois les selles ont persisté pendant toute la maladie, assez abondantes et faciles, surtout chez ceux qui n'ont point offert de selles à râclures d'intestin. Le ventre ne m'a jamais paru ballonné sensiblement. Il m'a presque toujours offert son volume ordinaire; souvent cependant il était affaissé; les muscles abdominaux étaient quelquefois contractés assez fortement. Rarement le ventre a été bien douloureux à la pression; la région ombilicale, l'épigastre, le trajet du colon surtout, offraient cette sensibilité portée parfois à un haut point. Le plus souvent on sentait distinctement au doigt le trajet de cet intestin qui paraissait resserré et résistant par la pression. Souvent

aussi les malades accusaient, et quelquefois même dès le début, une douleur fixe, profonde, par fois très-intense, dans la région du cœcum, avec ou sans tension apparente dans ce point. Quelquefois l'invasion de cette douleur était subite; sa violence allait jusqu'à gêner les mouvemens respiratoires; on sentait une grande rénittence de la partie, avec météorisme. En pressant sur le cœcum avec la main, on pouvait, jusqu'à un certain point, sentir remonter le long du colon les gaz qui y étaient accumulés, et la tumeur disparaissait. Dans ce cas, des lavemens copieux et répétés coup sur coup y mettaient fin très-promptement. M. Gripat, jeune docteur envoyé pour soigner les malades dans plusieurs communes, et qui a pu en observer un grand nombre, m'a dit avoir reconnu assez fréquemment la même chose. Au sujet de cette douleur au cœcum, M. Roche (*Diction. de Méd. et Chir. pratiques*, article *Colite*), dit avoir vu quelquefois le péritoine de cette région s'enflammer, des abcès sous-péritonéaux s'y former, et venir se faire jour au-dehors, après avoir percé les parois abdominales. Je ne l'ai point observé.

A ces symptômes s'est joint quelquefois une amygdalite prononcée, une douleur avec chaleur dans tout le pharynx et l'œsophage, une gêne plus au moins grande de la déglutition. Le tube intestinal semblait pris depuis la bouche à l'anus, mais je n'ai jamais vu de fausses membranes, comme M. Gripat m'a dit en avoir trouvé.

Pour les symptômes généraux, un assez grand nombre n'en ont point offert. L'affection paraissait purement locale; mais, chez ceux-là, les symptômes locaux étaient aussi moins prononcés. Chez les autres, fièvre vive; pouls plein, accéléré, parfois petit, concentré; céphalalgie; peau chaude et moite, conjonctives rouges, étonnement de tête, légers bourdonnemens d'oreille; bouche saburrale, pâteuse, ou normale; soif plus ou moins vive; langue blanchâtre uniformément ou pointillée, quelquefois poisseuse, rouge

plus ou moins sur les bords et à la pointe, toujours un peu humide. Chez un petit nombre, il s'y joignait des nausées plus ou moins fréquentes, quelquefois des vomissemens difficiles, peu nombreux, bilieux ou glaireux. Urines normales, parfois un peu difficiles à rendre. Chez un assez grand nombre, reddition de 2 à 10 lombrics par la bouche ou les selles, à des époques différentes de la maladie. M. Roche regarde la reddition de ces vers intestinaux comme fréquente dans les dysenteries épidémiques.

3.me *Modification.* — Enfin, l'épidémie a paru dans un assez grand nombre de cas, sous un aspect plus formidable, cas qui eurent presque tous lieu vers le début de l'épidémie. A Saint-Quentin, j'en trouvai seulement 4 sur 65 malades. Avec ces symptômes, la maladie datait de 20 jours. A Angers, elle me parut déjà modifiée, comme je l'ai dit.

L'invasion était spontanée : le premier symptôme était une diarrhée intense, portée en deux ou trois heures à des selles comme des *râclures d'intestin*, sanguinolentes ou sanglantes, d'une fétidité repoussante. Epreintes fréquentes, intenses, ténesme continuel, sentiment de cuisson brûlante à l'anus. En quelques heures (6 à 12 heures), facies abattu, yeux appesantis et enfoncés, avec ou sans cercle noirâtre; bourdonnement d'oreille, cyanose des lèvres, soif vive, bouche poisseuse, langue blanchâtre, sans enduit, quelquefois un peu rouge à la pointe, froide. Chez quelques-uns, nausées continuelles avec éructations, efforts de vomissement; ventre affaissé, non douloureux à la pression; sensibilité épigastrique vive; pouls petit, presqu'insensible, extrémités froides, crampes assez violentes dans les jambes : rétention d'urine; peau flasque.

Les adoucissans, les opiacés à l'intérieur, en lavemens et en boissons, les émissions sanguines, les dérivatifs, les astringens, les sudorifiques, etc., n'amenèrent pas le moindre changement dans la marche progressivement croissante des symptômes. En un à quatre jours, prostration bien

plus marquée : les malades peuvent à peine supporter leur tête ; froid plus marqué des extrémités, aphonie presque complète, langue plus froide ; selles presque nulles, plus fétides, rares ou continuelles, ordinairement en couleur chocolat ou jaune safrané ; perte de pouls, mort.

Ce qui paraissait le plus frappant, c'était l'hébétude, la prostration, le froid, se manifestant aussi rapidement. A Angers, la prostration, le froid, l'affaissement des traits, ont bien été offerts, mais à des distances plus éloignées de l'invasion, et présentant une ressemblance moins frappante avec le choléra cyanosé.

Symptômes particuliers. — Outre les symptômes dont nous venons de donner une description générale, et qui se sont offerts plus ou moins mélangés chez tous les malades, quelques cas ont présenté des particularités qu'il est bon de noter.

1.° Une fille de 30 ans m'a offert une sensibilité générale excessive, surtout à l'abdomen, à la moindre pression ; des symptômes pulmonaires assez graves, et des symptômes nerveux, qui se manifestèrent trois fois dans l'espace de 24 jours que dura la maladie dysentérique. Une éruption bulleuse, à auréole rouge foncé, très-douloureuse, sur la main et l'avant-bras gauche, précéda de quelques jours les symptômes de l'épidémie. La malade offrait tantôt de la constipation, tantôt des selles fréquentes, sanguinolentes. La convalescence fut longue, l'éruption avait reparu aux mêmes lieux et sur la jambe droite. La maladie dura 34 jours.

M. Bellanger, docteur d'Angers, m'a dit aussi que plusieurs de ses malades lui avaient présenté la simultanéité des symptômes dysentériques et cutanés.

2.° Plusieurs, (entr'autres le n.° 87 des blessés de l'Hôtel-Dieu, homme de 53 ans, mort quinze jours après l'invasion), étaient tourmentés d'un hoquet continuel, de spasmes épigastriques, qui se propageaient le long de l'œsophage jusqu'au larynx, où ils accusaient un resserrement

douloureux qui ne tardait pas à disparaître pour revenir ensuite.

3.° Le n.° 59 (des blessés de l'Hôtel-Dieu), femme âgée de 69 ans, avait un vieil ulcère à une jambe : suppression de suppuration, symptômes adynamiques pendant six jours, terminés en 10 heures par les symptômes dysentériques les plus intenses. Je ne pus l'ouvrir.

4.° Un homme de 58 ans, entra à Saint-Jean, le 29 septembre 1834, avec des symptômes de dysenterie commençante peu prononcés. Le lendemain, même état. Dans la nuit suivante, tous les symptômes de choléra spasmodique et cyanosé apparurent subitement. Il mourut en 8 heures. (*Voir* l'autopsie dans le paragraphe consacré à la Nécropsie.)

5.° M. Gripat m'a dit avoir observé, sur plusieurs malades pris violemment, des traces d'érysipèle gangréneux spontané, surtout à la figure ; la mort était prompte. Je n'ai point vu de ces cas.

Marche, durée, terminaison. — Comme nous l'avons vu plus haut, dans tous les cas que j'ai pu observer avec les symptômes extrêmes que nous avons décrits, les malades sont morts du deuxième au sixième jour après l'invasion. A Angers, où, comme je l'ai dit, l'épidémie me parut modifiée, les symptômes de la prostration, de l'affaissement des traits, etc. durèrent de 6 à 25 jours environ. L'augmentation progressive n'y était pas aussi sensible. Cependant la plupart ont aussi succombé.

Pour ceux chez lesquels nous avons décrit un état moins grave, presque tous restaient avec les symptômes où nous les avons laissés, pendant l'espace de 2 à 8 jours. Il était rare, si les selles, le ténesme persistaient au-delà, que les signes de faiblesse, d'abattement, de pâleur et de marasme ne se prononçassent pas ; quand la maladie devait avoir une suite funeste, ces derniers symptômes augmentaient assez lentement, et le malade succombait, épuisé par la colliqua-

tion, pour ainsi dire, de 12 à 15 jours après l'invasion, rarement plus tard.

Si la guérison devait avoir lieu, la diarrhée diminuait de violence, le ténesme surtout décroissait, les selles devenaient plus faciles, plus abondantes, se moulaient peu à peu. La couleur sanguinolente diminuait progressivement, ou bien il y avait des selles alternativement bilieuses, sanguinolentes ou moulées, avec des stries sanglantes. Pour les selles, à apparence de *râclures*, il était rare qu'elles persistassent au-delà des huit premiers jours. Je les ai vu cependant chez plusieurs (entr'autres chez le n.° 4, chambre d'opérations), se mêler encore à des selles presqu'entièrement moulées, et persister après la disparition du ténesme, des épreintes. Les malades avaient une à quatre selles par jour; ils se regardaient comme guéris.

Après 12 à 25 jours, suivant les sujets, quelquefois même plus tard, les malades convalescens étaient dans l'état suivant: Face plus ou moins pâle, yeux un peu enfoncés pour la plupart; encore légers bourdonnemens d'oreille, (A Angers, j'ai remarqué bien moins constamment ces bourdonnemens); faiblesse plus ou moins marquée, suivant la violence de l'invasion et la persistance des symptômes. Peu de malades restent alités, Bouche pâteuse, saburrale, mauvaise, non-amère; langue blanchâtre. Parfois nausées, anorexie ou léger appétit, soif. Chez les uns, encore de légères épreintes, ou cessation complète des douleurs abdominales, ou bien encore, persistance d'un peu de douleur au rectum. Chez quelques-uns, il y a encore deux à quatre selles par jour, bilieuses, plus souvent moulées, quelquefois avec de légères stries sanglantes. Plus de ténesme chez presque tous, plus de fétidité de selles. Quelques-uns accusent un peu de gêne dans le pissement, ou peu de sécrétion urinaire. En général, la lenteur du mieux m'a frappé chez tous les malades. Un petit nombre est resté dans cet état pendant près de quinze jours, sans change-

ment apparent. Cette douleur ne serait-elle pas encore ici une preuve de la spécificité de la maladie? La convalescence d'une inflammation franche reste-t-elle stationnaire aussi long-temps ? Combien ne faut-il pas de temps pour se remettre d'une attaque même légère de choléra ?

A Angers, j'ai cru remarquer que la convalescence restait moins stationnaire ; la marque progressive vers la guérison était chaque jour plus apparente.

Après cet état de faiblesse les malades guérissaient radicalement, le plus souvent en six à dix jours, par la disparition progressive de ces symptômes. Pour l'état vraiment chronique, cet état de colliquation et de langueur qu'on remarque quelquefois dans les ulcérations intestinales, à la suite de la phthisie, dans les péritonites chroniques, etc., j'ai dit plus haut que je n'en avais jamais observé que trois cas, et ce ne peut être assez pour en donner une description générale. J'ai vu aussi deux ou trois terminaisons par des symptômes d'adynamie qui ont persisté plus ou moins long-temps ; l'un des malades mourut, mais je ne pus l'ouvrir.

Nécropsie. — Pour les caractères anatomiques de la dysenterie, les auteurs ont un peu varié. Les uns nient l'existence des ulcérations. M. Rostan (*Cours de méd. clinique.*) les admet comme lésion fréquente. M. Roche, (*Dict. de Méd. et Chirurg. prat.*) va plus loin : il dit que ces ulcères peuvent devenir assez larges. Selon ces auteurs, la lésion peut gagner les trois tuniques (dysenterie phlegmoneuse). Au reste, tous deux admettent constamment une lésion de la muqueuse intestinale, dont le siége le plus fréquent (et l'on pourrait presque dire spécial), est à la fin du colon et au rectum. Tous deux aussi s'accordent à donner à cette lésion une nature inflammatoire, quelquefois portée jusqu'à la gangrène.

Sans vouloir entrer dans aucune discussion, je rapporterai strictement le résultat des autopsies que j'ai pu faire à plusieurs époques de la maladie, et dont le nombre s'est élevé à vingt-cinq environ.

Je n'ai pas eu l'occasion d'ouvrir de dysentérique dès le début de la maladie : je ne pourrai donc décrire les lésions à cette époque. Je rapporterai seulement deux cas où, après 24 à 36 heures de dysentérie franche, des symptômes chroniques sont venus enlever le malade en quelques heures.

Pour les autres observations, elles serviront de type général de description pour les lésions que j'ai remarquées dans toutes les autopsies que j'ai faites, soit que les malades aient succombé au summum des symptômes à l'état aigu, soit qu'ils aient péri après un ou quelques jours de symptômes de prostration, ou enfin après une durée assez longue de ces mêmes symptômes.

Obs. Ire. — *Lésions au summum de l'état aigu.* — Un homme de 55 à 60 ans entra à St-Jean dans les trois premiers jours de novembre 1834. Il se disait malade depuis très-peu de temps, sans préciser l'époque. L'invasion avait été subite, la marche de la dysenterie très-rapide. A son entrée : selles sanguinolentes très-fréquentes, involontaires ; ténesme, épreintes continuelles ; anxiété, commencement des symptômes de prostration ; mort 6 jours après l'invasion.

Autopsie 28 *heures après la mort.* — *Habitude extérieure.* Point de marasme, muscles contractés.

Cerveau et thorax, ils n'ont point été examinés, mais le malade n'a offert aucuns symptômes de ce côté.

Abdomen. Péritoine sain ; masse intestinale un peu affaissée. Les parois de tous les gros intestins, légèrement rétractées, sont de couleur grisâtre, presque normale et sensiblement épaissies au tact.

L'estomac offre quelques vergetures rouges, plus ou moins foncées, comme ecchymosées en quelques points, surtout vers le pylore ; point de ramollissement sensible de la membrane muqueuse.

Intestins. Point d'épaississement des parois dans tout l'intestin grêle. Pointillement noirâtre assez prononcé dans les deux premières portions du duodénum. Je l'ai observé, dans la plupart de mes autopsies, plus marqué à une époque plus avancée. Je l'ai fréquemment rencontré aussi dans les dothinentéries. On trouve, dans quelques portions de l'intestin grêle, une rougeur vive de la membrane muqueuse avec léger ramollissement. Saillie du bord des valvules conniventes qui est hypertrophié, rouge, comme pointillé, ressemblant presque à du tissu érectile. Point d'*ulcérations* évidentes. Vers la fin, on observe des *éraillemens* de la muqueuse, plus ou moins larges et nombreux, laissant voir la tunique musculeuse saine au-dessous. On dirait qu'ils seraient le résultat d'un tiraillement de l'intestin. Je ne les avais point encore vus. M. Victor Laroche, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers, me dit les avoir observés quelques jours auparavant chez une jeune fille, dans les mêmes régions. Ils se portent plus marqués et plus nombreux dans le cœcum et le gros intestin.

Le cœcum et le commencement du colon offrent, dans une grande partie de leur étendue, des *marbrures* grisâtres, plus ou moins étendues et irrégulières, aplaties, sans traces d'ulcérations ou de ramollissement, séparées par de légers intervalles sains. Elles sont formées par un *boursoufflement* de la muqueuse qui ressemble beaucoup à des plaques d'urticaire. J'ai constamment remarqué que ces marbrures, ces boursoufflemens ardoisés et grisâtres, avaient principalement leur siége dans la fin de l'iléon, surtout dans le cœcum et dans les premières portions du colon, dans lequel ils se prolongeaient plus ou moins loin, suivant le plus ou moins d'ancienneté de l'affection. Dans presque toute l'étendue du gros intestin, dans les régions qui ne sont point occupées par ces plaques grisâtres, on remarque une couleur rouge-foncée qui devient de plus en

plus noire en allant vers le rectum. Dans cette dernière portion, j'ai toujours trouvé la couleur foncée, et comme gangréneuse dans quelques cas. Ici, cette altération était d'abord par plaques étendues, occupant toute une portion du canal. La fin du colon et le rectum l'offraient dans toute leur longueur ; ces surfaces étaient le siége de *boursoufflemens* noirâtres, mous, adhérens, plus ou moins saillans, qui semblaient formés par l'épaississement de la muqueuse, entre-mêlés çà et là d'ulcérations pointillées et assez larges, à fond gris-verdâtre, rugueux et inégal ; ulcérations dont les unes étaient peu apparentes, vu leur petitesse, les autres un peu plus larges. Les plus étendues ne dépassaient pas un demi-pouce de diamètre. Elles étaient au niveau ou très-peu au-dessous de la surface de la muqueuse, contrairement aux ulcérations à la suite de phthisie, etc., qui sont le plus souvent isolées, larges, à bords saillans et inégaux. Elles étaient presque toujours arrondies, nombreuses. En enlevant la muqueuse hypertrophiée et boursoufflée (ce qui ne pouvait se faire que difficilement vu sa grande adhérence à la musculeuse et la rareté des points où elle offrait du ramollissement), on enlevait aussi ces ulcérations. Au-dessous la musculeuse paraissait de couleur gris-ardoisée ordinaire, d'une épaisseur double ou triple, et même plus en approchant vers le rectum, et à fibres musculeuses très-sensibles et fortement grossies.

Ces différentes lésions s'entremêlent plus ou moins suivant les régions.

Tunique péritonéale saine ; intestin grêle et gros intestin à demi remplis de matières liquides, couleur de chocolat, fétides, dont j'ai parlé.

Rate poisseuse à l'intérieur, un peu ramollie, friable, atrophiée. Les autres organes sont sains.

Obs. IIe. — *Lésions après quelque temps de prostration.* — Fonteneau (Réné), journalier, âgé de 17 ans, tombe malade le 15 septembre 1834. Pendant six jours la dysen-

térie marcha lentement, mais progressivement en croissant. Le 21, commencement des symptômes de prostration, de froid, de cyanose peu marquée, portés au summum en sept jours. Mort le 28 septembre.

Autopsie 28 heures après la mort. — *Habitude* : traits retirés ; membres flasques, ventre très-affaissé, déjà bleuâtre ; point de contracture musculaire, corps peu amaigri.

Cerveau. Surface normale, cependant un peu plus rouge, avec quelques infiltrations rougeâtres sur les côtés des hémisphères. La pulpe cérébrale a sensiblement perdu de sa consistance, surtout vers la partie antérieure. Peu de sérosité dans les ventricules ; incisions légèrement sablées de points rouges. Le cervelet paraît encore plus ramolli. Point de changement de couleur dans toute la masse; méninges saines.

Nota. Je n'ai trouvé de lésions cérébrales que dans deux cas où, pendant la vie, la complication de symptômes encéphaliques était manifeste.

Thorax. Tissu du cœur un peu flasque. Grosses concrétions fibrineuses dans les oreillettes. Poumons sains, affaissés, peu crépitans.

Abdomen. Péritoine sain. Foie légèrement décoloré, friable. Quatre onces environ de sérosité jaunâtre dans le péritoine. Rate ramollie au point de former une bouillie rougeâtre, couleur chocolat, poisseuse. Pancréas grisâtre, très-consistant, peu volumineux.

Intestins. Ils sont pelotonnés, pressés contre la colonne vertébrale, aplatis, gris-bleuâtres dans tout le grêle. Les parois du gros intestin (colon et rectum seulement) paraissent très-épaissies, contractées de façon à rétrécir sensiblement le calibre de l'organe.

Estomac. Vide; surface interne grisâtre; léger ramollissement de la membrane muqueuse, et quelques taches rouges à peine apparentes, diffuses.

Le duodénum, à partir du pylore, offre la couleur notée à l'estomac, et de larges plaques de petits points noirs, comme dans l'observation précédente. Ces points se continuent, mais progressivement en diminuant, dans presque tout l'intestin grêle. Cet intestin est à demi-plein de matières bilieuses, jaunâtres, qui paraissent normales. Dans sa dernière moitié, elles sont de couleur chocolat, poisseuses, fétides. Çà et là, les points saillans des valvules sont rouge-amaranthe, comme ecchymosés. Dans les trois derniers pieds, cette texture anormale, comme érectile, est plus prononcée; les bords valvulaires libres forment des rides transversales bien plus marquées. La muqueuse y offre déjà des *boursoufflemens* grisâtres assez étendus. Ils sont entremêlés d'ulcérations superficielles, arrondies, comme pointillées. Point d'épaississement des parois.

Le cœcum, demi-rempli de matières jaunâtres peu fétides, offre une surface moins rude: les petites ulcérations y sont très-rares et à peine visibles; presque toute cette surface est occupée par les boursoufflemens grisâtres; léger ramollissement de la muqueuse dans ces points. Point d'érosions.

Gros intestin. Épaississement considérable des parois (1 à 2 lignes au moins), à partir du cœcum au rectum, plus prononcé vers cette dernière portion. Toute la surface interne présente ce qui suit: 1° les boursoufflures grisâtres, plus étendues, plus nombreuses; presque toutes confluentes, n'allaient pas au-delà de la moitié supérieure; elles sont entremêlées d'ulcérations pointillées, superficielles, de plus en plus nombreuses, recouvertes d'une couche jaunâtre granulée qui semble être le sédiment des matières alvines sur leur surface. Déjà la couleur grise-noirâtre se prononce uniformément.

2.° Les boursoufflemens noirâtres ressemblent à des boutons saillans de deux à six lignes de diamètre et plus, confluens: ils sont semblables à ceux de l'observation précédente,

entre-mêlés comme eux d'ulcérations de la même forme, du même aspect, de la même étendue, de la même profondeur; en différant seulement par leur noir plus foncé, leur plus de saillie, et parce qu'ils forment des bourrelets arrondis, mous, distincts, de la grosseur du petit doigt environ; occupant toute l'étendue des parois intestinales par une série d'anneaux successifs. Vers la marge de l'anus, les colonnes sont d'un rouge vif par points, les vaisseaux hémorrhoïdaux gorgés d'un sang noir, épais. Peu de matières dans cet intestin; vers la fin elles sont grisâtres, fétides, liquides.

L'épaississement des parois intestinales est absolument le même, mais un peu plus marqué.

Obs. IIIe. — *Lésions à l'état chronique* (pour ainsi dire). — Une femme de 55 ans environ se trouvait dans le service des fièvreuses de l'Hôtel-Dieu depuis près d'un mois, lorsque je la vis le 21 septembre 1834. Les renseignemens les plus positifs m'apprirent que, cinq semaines auparavant, une dysenterie aiguë, à symptômes assez prononcés, s'était manifestée spontanément chez elle, avec complication de symptômes gastriques, et surtout de vomissemens assez abondans d'un sang noirâtre. Il survint une diminution progressive dans l'acuité des symptômes. Quand je la vis, elle me dit que la maladie avait toujours persisté. Elle était pâle, maigrie, faible; l'appétit était un peu conservé; des selles abondantes d'un sang noir, fétide, avaient lieu, sans cause connue, tous les trois à quatre jours. Elle s'affaiblissait sensiblement. Le 27, ces selles augmentèrent de fréquence; il y eut augmentation des épreintes, du ténesme, de la cuisson à l'anus, (symptômes qui avaient cessé presqu'entièrement après la disparition de l'acuité primitive); prostration marquée, etc. Mort le 1er octobre au soir.

L'autopsie, faite 30 heures après la mort, montra l'estomac et les intestins grêles absolument semblables à

ceux de Fonteneau ; seulement les saillies des valvules ne ressemblaient pas à du tissu érectile rouge vif ou foncé, la couleur en était plus terne ; elles étaient plus affaissées. Les boursoufflures grisâtres du cœcum étaient plus diffuses, moins prononcées, de même couleur, mais avec ramollissement assez marqué de la muqueuse. Aucune pointillation noire au duodénum.

Tout le gros intestin offrait les lésions observées chez Fonteneau, lésions qui allaient aussi progressivement en croissant vers le rectum. (Boursoufflures, boutons, ulcérations superficielles, bourrelets, vers la fin du colon) ; les seules différences que j'y remarquai, c'est que les boursoufflures grisâtres y étaient plus diffuses, moins distinctes, et s'accompagnaient du ramollissement de la muqueuse ; que les boursoufflures noirâtres, surtout à la fin de l'intestin, formaient des bandes moins saillantes, moins rudes ; que les ulcérations, de couleur gris-pâle au lieu de noir presque foncé, y avaient des bords plus aplatis, un fond moins rugueux. Elles n'intéressaient aussi que la membrane muqueuse. En un mot, l'aspect des deux intestins offrait cela de différent, que le dernier, par sa couleur grisâtre, par une surface formée de saillies comme affaissées, dénotait le caractère de chronicité, tandis que la couleur noire, l'aspect plus rugueux, plus vital, pour ainsi dire, de ces parties, notés dans les observations précédentes, indiquaient une affection à un état plus aigu. Rate ramollie, poisseuse, friable.

Comme nous l'avons déjà dit, toutes les autopsies faites aux mêmes époques, ou à des époques intermédiaires à celles des trois observations que nous venons de donner, ont toujours offert le même genre de lésions; seulement ces diverses lésions se sont présentées en proportion plus ou moins grande, sous des aspects peut-être plus variés, mais de façon à pouvoir toujours être rapportés à ces trois types principaux. Nous allons, pour en compléter l'histoire,

y joindre celles trouvées dans deux cas où des symptômes, purement cholériques, sont venus enlever au bout de quelques heures, les malades pris de dysenterie depuis plusieurs jours.

Obs. IVe. — Un homme de 38 ans, robuste, entra à la salle St-Jean le 29 septembre 1834, au soir. (Voir, pour l'observation, à l'article des *symptômes particuliers*).

Autopsie 26 heures après la mort. — Habitude extérieure, comme sur presque tous les cadavres des individus morts de choléra violent : corps raide, un peu cyanosé ; muscles fortement contractés ; toutes les chairs sont comme *gelées*. Point d'odeur fétide.

La tête et la poitrine saines.

Le péritoine ne présentait aucune altération. Les intestins avaient leur volume ordinaire ; ils n'étaient ni flasques, ni resserrés sur eux-mêmes, comme dans les observations précédentes ; mais l'estomac et l'intestin grêle avait un aspect uniformément rouge, rosé. On dirait une inflammation récente, violente et *enrayée*.

Toute la masse des intestins (le cœcum surtout et le grêle) contenaient un liquide rougeâtre, de couleur fauve, un peu grumelé : j'ai vu ce liquide chez plusieurs cholériques morts après peu de temps). L'estomac offrait de larges plaques d'un rouge vif, circonscrites, qui paraissaient toutes récentes. L'intestin grêle en présentait qui occupaient entièrement des portions de deux à trois pouces et plus. Vers la fin, des boutons exanthémateux, semblables aux follicules de Brunner qui commencent à s'ulcérer, un peu moins gris que dans la dothinentérite, occupaient, épars çà et là, les deux derniers picds de cet intestin et le cœcum. Tout le gros intestin était normal, excepté les quatre derniers pouces du rectum, qui offraient les marques d'une inflammation aiguë et récente (surface muqueuse rouge-rosée, un peu gonflée).

Il est probable que les symptômes dysentériques du

commencement étaient dus à cette lésion, qui aura été enrayée. Les autres organes étaient *sains*.

Résumé sur la nécropsie. — Disons, en quelques mots, quelles sont les lésions que nous avons trouvées :

I. Quelquefois l'estomac était sain, quelquefois parsemé de traces légères d'inflammation, quelquefois même avec léger ramollissement de la muqueuse; jamais je n'y ai vu de signes de gastrite prononcée, d'altérations identiques constantes.

II. Dans les deux tiers des cas, j'ai rencontré, vers la portion pylorique, et surtout dans les deux premières portions du duodénum, se prolongeant quelquefois même dans l'intestin grêle, les *pointillations noirâtres*, que M. Andral attribue à l'accumulation sanguine au sommet des villosités. Je n'ai pu constater s'il y avait des époques de la maladie où elles se prononçaient davantage, quelle y était leur durée? Auraient-elles existé, dans le commencement, chez la femme de notre troisième observation, et seraient-elles disparues avant la mort?

III. Quelquefois l'intestin grêle était sain; mais le plus souvent il m'a offert, vers la fin, la lésion plus ou moins prononcée des points *saillans* des valvules : le gonflement, parfois avec apparence de tissu érectile, et la rougeur. Cette lésion occupait presque toujours l'intestin par espaces d'un à douze pouces. La muqueuse était parfois un peu ramollie, par fois elle offrait les ulcérations dont j'ai parlé. Je n'ai vu son érosion partielle que dans deux cas. Jamais les parois ne m'ont paru épaissies. J'y ai fréquemment vu aussi des *boursoufflemens grisâtres*.

IV. Jamais le cœcum ne présenta d'épaississement marqué des parois, jamais de resserrement de sa cavité. Boursoufflures grisâtres presque constantes, prononcées, étendues, le plus souvent confluentes; rarement un ramollissement marqué; rarement les ulcérations; deux fois les érosions.

V. Toujours les gros intestins présentaient une résistance

anormale au doigt, un resserrement peu ou très-marqué, un épaississement des parois qui allait en augmentant vers la fin de l'organe. Constamment la tunique péritonéale m'a paru saine; l'épaississement était toujours dû à la musculeuse, à une hypertrophie très-manifeste de ses fibres circulaires, et au boursoufflement de la muqueuse. Cet épaississement a varié de un quart de ligne à deux lignes à-peu-près.

VI. J'ai constamment vu : 1.° un boursoufflement grisâtre (comme je l'ai décrit), occupant surtout la fin du petit intestin, le cœcum, et une plus ou moins grande étendue du colon, suivant le moins ou le plus d'ancienneté; ce qui me porterait un peu à croire qu'il n'est que le premier degré des boursoufflures noirâtres. Point d'ulcérations sensibles sur leurs surfaces; ou elles s'y entremêlaient, ou même (ce qui arrivait souvent) y manquaient.

2.° Un boursoufflement noirâtre qui occupait surtout la dernière moitié du gros intestin. On aurait cru souvent que la muqueuse y était gangrénée; mais le tissu résistait au doigt; ce boursoufflement était formé par la muqueuse seule, comme je l'ai déjà dit. A l'état aigu (peu après le début ou pendant l'accroissement des symptômes), il n'offrait plus l'aspect de mamelons isolés ou confluens; ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'il formait les bourrelets dont j'ai parlé.

VII. Les ulcérations, comme je les ai décrites, variaient très-peu suivant les époques; elles ne présentèrent jamais le caractère des ulcérations intestinales que l'on observe à la suite de la phthisie. Assez souvent aussi elles manquaient, surtout aux premiers temps.

VIII. J'ai déjà dit que je n'avais trouvé les érosions que deux fois.

IX. Il existait assez fréquemment un ramollissement de la muqueuse, dans l'intervalle des boursoufflures grisâtres, surtout; je ne l'ai jamais vu très-apparent.

X. Jamais je n'observai d'une manière distincte l'exanthême intestinal d'Andral ou l'altération des plaques de Peyer, de la dothinentérie.

XI. Les matières que j'ai trouvées dans le canal gastro-intestinal ont beaucoup varié en quantité, en consistance, en couleur, en odeur, etc.

XII. J'ai toujours vu un ramollissement poisseux de la rate ; on y enfonçait facilement les doigts. Cet état était moins marqué dans les premiers temps.

XIII. Aucunes lésions d'autres organes n'ont fixé mon attention par leur fréquence. J'en ai bien quelquefois trouvé dans le cerveau, etc., mais ce n'était alors que des complications accidentelles de l'affection première.

Traitement.—Le traitement antiphlogistique, qui semblait impérieusement ordonné, n'a pas eu les effets qu'on remarque le plus souvent dans les affections franchement inflammatoires. Il n'a réussi sensiblement que sur ceux qui, robustes, jeunes, pléthoriques, etc., offraient beaucoup de fièvre au début. Encore souvent, même dans ces cas, a-t-il échoué. Pour les malades qui ont présenté les symptômes graves du début de l'épidémie, dans les communes dont nous avons parlé, tous les moyens parurent entièrement inefficaces : les symptômes n'en éprouvèrent pas la moindre modification ; ils allèrent régulièrement en augmentant jusqu'à la mort.

1.° *Emissions sanguines.* — La nature inflammatoire que presque tous les auteurs reconnaissent aux symptômes dysentériques, faisait nécessairement pencher pour les émissions sanguines. Quand un malade se présentait avec les signes de la deuxième modification de la maladie dont j'ai parlé, surtout si l'apparence de pléthore s'y joignait, les saignées générales, les sangsues au pourtour de l'anus ou à l'ombilic, semblaient devoir être le premier remède. Les saignées générales ont été rarement employées : je n'ai point vu en effet de malades chez lesquelles elles aient modifié la mar-

che de l'affection. Quand il y avait les symptômes les plus graves dont j'ai parlé, elles paraissaient entièrement contre-indiquées.

Les sangsues autour de l'anus, de l'ombilic, etc., qui dans les cas d'acuité d'entérite simple amènent ordinairement un mieux si marqué, ont eu peu de succès sensible : la plupart des malades accusaient le même ténesme, la même cuisson à l'anus, les mêmes épreintes, etc. Assez souvent cependant, elles ont amené un dégorgement cérébral. Je crois que chez les enfans et les vieillards elles étaient encore plus inefficaces. Chez les derniers, je les ai vues, dans deux cas, surtout, hâter les symptômes de prostration, de froid. Chez les enfans, elles étaient plus inutiles encore ; la dysenterie cédait ordinairement aux autres remèdes. J'ai cru remarquer aussi une influence des lieux sur leurs effets. A St-Quentin, on y renonça, vu leur inutilité presqu'absolue ; on les avait remplacées avec avantage par les opiacés chez presque tous les malades. Dans des communes voisines, on les employait, je pourrais dire généralement. A Angers, on en a très-peu fait usage.

2.° *Opiacés.* Dans toutes les épidémies de cette nature, les auteurs ont toujours vanté leurs bons effets. L'épidémie actuelle vient aussi à l'appui de leur efficacité. L'opium donné en pilules de demi-gr. à un gr., de deux heures en deux heures et plus, est ce qui a le mieux réussi. Chez la plupart des malades, ces pilules ont amené du mieux, souvent même assez prompt, mieux toutefois qui a paru subordonné à l'aspect que révélait la maladie. Ainsi, dans la première forme que nous avons notée, ils ont presque toujours enrayé sur-le-champ les symptômes. Dans la deuxième, ils calmaient généralement les épreintes, le ténesme, etc. Dans la troisième, ils ont été inefficaces. L'effet a aussi paru dépendre des localités.

3.° Je ne dirai rien des émolliens, des rafraîchissans, des vomitifs, des révulsifs, des toniques, etc. Ils ont eu les effets notés par les auteurs dans ces épidémies.

4.° *Sels neutres.* C'est surtout sur les purgatifs que j'insisterai : leur emploi en pareil cas ayant donné lieu, dans ces derniers temps surtout, à des discusions nombreuses. Peut être les faits que j'ai pu observer seront-ils de quelque utilité.

M. Bretonneau avait depuis assez longtemps déjà préconisé l'emploi de sels neutres au déclin de la dysentérie : je les regarde comme les plus puissans agens d'une résolution prompte, par le mode nouveau d'irritation intestinale qu'ils déterminent. D'autres sont allés plus loin. Ils les ont donnés comme enrayant presque toujours l'affection, administrés à son début. Ils invoquent à l'appui le mode de perturbation qu'ils déterminent.

Je rapporterai strictement ce que j'en ai pu observer :

J'ai vu à St-Quentin des purgatifs violens, donnés par des charlatans au début de l'affection, en aggraver les symptômes d'une manière effrayante.

Les sels neutres n'ont point été donnés à St-Quentin et dans les autres communes, au moment où l'épidémie débuta. Comme je l'ai dit, à cette époque les symptômes étaient si graves, la marche si rapide, l'aspect de l'affection si spécial, que je ne pense pas qu'ils eussent eu plus de succès que les autres moyens. Je croirais, au contraire, ainsi que presque tous ceux qui ont pu soigner les malades, qu'ils n'auraient servi qu'à ajouter à la gravité du mal. Toujours est-il qu'aucun n'osa s'y déterminer.

A une époque plus rapprochée, quand l'épidémie se fut modifiée, ils furent donnés à un grand nombre de malades, surtout à Angers; on les administra d'abord à ceux qui offraient des symptômes de chronicité, depuis 15 à 25 jours, chez lesquels deux à quatre selles, tantôt un peu sanguinolentes, tantôt bilieuses ou un peu moulées, avaient lieu chaque jour, sans ou avec persistance d'épreintes, de ténesme, chez lesquels il y avait peu ou point de fièvre, de la faiblesse.

Deux gros à une once de sulfate de magnésie, de soude

surtout, étaient donnés seuls ou unis à 1 à 2 onces de manne. Une à trois heures après après leur ingestion, il survenait 3 à 6 selles plus faciles, plus abondantes, plus liquides, moins sanguinolentes; il y avait moins de ténesme; les épreintes chez la plupart n'augmentaient pas. La diarrhée cessait ordinairement 4 à 8 heures plus tard, le malade se trouvait le ventre plus libre, moins de faiblesse; les épreintes, le ténesme surtout, la liquidité des selles disparaissaient ensuite en 24 à 72 heures. Chez la moitié environ des malades, l'état antécédent reparaissait 12 à 36 heures après, et ne cédait qu'à une nouvelle prise de sel, et de la même façon. Chez le quart, à peu près, le sel ne donnait lieu à aucun changement, ou bien amenait une augmentation d'épreintes. Pour le ténesme, l'état sanguinolent des selles, l'état fébrile, je ne les ai jamais vus augmenter sensiblement. La manne augmentait seulement parfois le nombre des mêmes selles.

Dans le cas de saburre prononcée, on y joignait parfois 10 à 24 grains d'ipécacuanha: l'effet des sels n'était pas sensiblement modifié; demi-heure à deux heures après, les malades vomissaient avec facilité, 2 à 4 fois, des matières liquides, bilieuses ou glaireuses, plus ou moins abondantes; des sueurs suivaient, et le mieux se manifestait. Assez souvent les vomissemens n'avaient point lieu, et le sel seul faisait son effet.

On les donna ensuite, dès le début de l'affection, quand les malades offraient les symptômes commençans des deux premiers modes de la maladie. On les donna enfin quand la diarrhée, les épreintes, les selles sanguinolentes, le ténesme, la cuisson vive à l'anus, même un peu de fièvre, dataient déjà de quelques jours.

Dans les premiers cas, les deux tiers environ des malades, après 5 à 6 évacuations faciles, ont senti un mieux marqué qui a amené, en 10 à 48 heures, une convalescence presqu'achevée. Les autres ont eu à peu près le même nombre de selles (bilieuses ou sanguinolentes), mais le mieux a été

plus lent, ou n'a cédé qu'aux autres traitemens. Parmi eux, j'en ai vu rarement suivre toutes les périodes de l'affection. Deux seulement sont morts : l'un, avec une péritonite partielle, l'autre avec un carie de l'articulation sacro-iliaque ; mais ces affections étaient antérieures à l'administration de sels.

Dans le second cas, les sels ont offert les mêmes effets : seulement, la convalescence était plus lente; la récidive dont nous avons parlé avait lieu assez souvent. Il fallait revenir une ou deux fois au sel neutre.

En résumé : 1°. Les sels neutres ont enrayé ou amélioré, ou laissé libres, mais jamais aggravé sensiblement les symptômes, lorsqu'ils furent donnés au début de l'affection, ou quelque temps après son invasion, ou dans le cas de chronicité.

2.° Je ne les ai point vus employés au summum de l'état fébrile et aigu; ils auraient probablement nui, mais peut-être pas autant qu'on pourrait le croire.

J'ai observé que, chez les enfans, l'action des sels était moins marquée, le mieux plus rare. Plusieurs les ont vomis aussitôt après leur ingestion : je n'en citerai que deux observations à l'appui. Dans le mois d'octobre dernier, deux enfans, l'un de 10 ans, l'autre de 12, furent pris spontanément de symptômes dysentériques légers, dans le service des blessés de l'Hôtel-Dieu. Le peu de gravité des symptômes, l'affection au début, etc., indiquaient le sel. Son ingestion amena une recrudescence chez la petite fille, recrudescence qui céda promptement aux opiacés. Le garçon, de 12 ans, n'en éprouva aucun soulagement; il fallut en venir aussi aux opiacés.

J'ai cru voir aussi que, chez les malades pris de dysenterie dans le cours des autres affections chroniques, les sels ont été plus généralement inefficaces. Je pourrais en citer plusieurs cas qui ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le service des blessés.

Mais, ce qui a surtout frappé dans les résultats de ces sels, c'est que leur réussite a paru subordonnée à l'influence des lieux, bien plus encore que les autres médications; je ne citerai que quelques exemples à l'appui. Ils serviront de type pour tous les lieux du département où l'épidémie a régné. M. Gripat qui, comme je l'ai dit, a pu soigner un très-grand nombre de malades, m'a assuré que dans le nombre des communes qu'il a visitées, là, on traitait généralement les malades avec succès par l'emploi des sels, tandis que, dans les communes voisines, à peine éloignées d'une à quatre lieues, ils étaient inefficaces et augmentaient mêmes les symptômes; on était obligé de les proscrire, et, cependant ces communes sont situées à peu près sur les mêmes plateaux, sur la même rive droite de la Loire, construites de la même façon, peuplées d'habitans qui ont les mêmes habitudes, les mêmes professions. Il a même vu (et moi aussi, je l'ai vu dans deux cas), des malades qui, après en avoir pris inutilement dans une commune, changeaient d'endroit ou venaient à Angers, où le même sel les guérissait assez promptement. A Angers, les sels ont généralement réussi; dans des communes environnantes ils étaient rejetés. J'ai cru voir aussi que, chez les malades venus à l'hôpital Saint-Jean des lieux où l'épidémie avait débuté, ces sels ont été moins efficaces que chez ceux pris dans la ville.

5.° *Régime.* — Dès le début, les malades mis à une diète sévère se sont guéris assez promptement. J'ai souvent vu, surtout à Saint-Quentin, que la persistance ou l'augmentation des symptômes étaient dues à l'infraction de la diète. Au contraire, et je l'ai vu entr'autres chez un officier de la troupe de Saint-Quentin, une diète absolue pouvait enrayer des symptômes parfois même assez graves. Dans les cas surtout de dysenterie subite et de courte durée, la diète arrêtait l'affection en 24 à 48 heures. Rarement celui qui ne s'y astreignait pas échappait à une dysenterie tranchée.

Ceux qui, après quelques jours d'abstinence complète d'alimens, croyaient pouvoir manger parce qu'ils se trouvaient mieux, ou qu'ils se croyaient trop faibles, avaient, la plupart, des rechutes promptes. J'en ai vu qui, pendant un assez long temps, ne pouvaient prendre d'alimens sans que les épreintes et le ténesme ne reparussent, et cela à plusieurs reprises.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. Chassaignac, Secrétaire.

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 7.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois de Décembre.)

Abcès des vertèbres dorsales. — Fausses membranes articulaires. — Résorption des cartilages d'encroûtement. — Couches osseuses de nouvelle formation dans la tumeur blanche. — Altération particulière du cartilage épiphysaire dans la tumeur blanche des enfans. — Gangrène sénile coïncidant avec phlegmasie artérielle ; autres gangrènes paraissant spontanées. — Fracture à la base du crâne avec lésions multiples des organes encéphaliques. — Ramollissement du cerveau et dilatation variqueuse d'un sinus de la dure-mère. — Hypertrophie du cœur avec conversion du tissu charnu en tissu fibreux. — Anévrysme de la première courbure de l'aorte avec perforation imminente de la trachée. — Hypertrophie du cœur avec dilatation. — Considérations sur l'hypertrophie concentrique. — Encéphaloïdes du poumon ; réflexions sur leur coexistence avec celles du testicule. — Cancer de l'œsophage envahissant la trachée. — Epanchement sanguin dans la capsule de Glisson. — Infiltration sanguine sous-muqueuse ayant son point de départ dans une plaque de Peyer ulcérée. — Cancer de la petite courbure de l'estomac avec rétrécissement des deux orifices cardiaque et pylorique. — Cloison du vagin simulant un vagin double. — Abcès des parois abdominales à trajet très-compliqué. — Interruption du canal de l'urètre, et traitement de la fistule urétrale. — Matière tuberculeuse contenue dans les trompes utérines.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Després présente deux *vertèbres dorsales siége d'une altération*

particulière, recueillies chez une femme de 75 ans qui a succombé à un hydrocéphale aigu, et qui, dans les derniers temps de sa vie, se plaignait de douleurs à la région du dos. Les deux vertèbres sont dans un état de ramollissement avec infiltration de pus dans leurs cellules et érosion des faces par lesquelles elles se correspondent. Ces deux vertèbres, à moitié détruites, formaient en haut et en bas les parois d'un foyer purulent qui remplaçait la substance des intervertébrales. Cette lésion, assez curieuse sous le rapport de l'âge de la femme sur laquelle elle a été recueillie, était encore parfaitement circonscrite. Aucun autre foyer purulent n'a été rencontré dans les autres parties du corps; seulement les ganglions abdominaux étaient indurés.

M. Nélaton montre l extrémité inférieure d'un fémur recueilli chez un enfant qui offrait une *tumeur blanche du genou*, et qui avait encore un cartilage épiphysaire très-épais à l'extrémité inférieure du fémur. M. Nélaton présente cette pièce comme un exemple de ce que plusieurs auteurs désignent sous le nom d'*ulcération des cartilages*. Le cartilage d'encroûtement qui est détruit en grande partie, et qui semble être résorbé par ses deux surfaces à-la-fois, conserve, dans les parties qui n'ont pas encore disparu, l'aspect blanc qui le caractérise dans l'état normal. Il est recouvert par une membrane granuleuse ayant à-peu-près une ligne d'épaisseur, et qui pourrait, au premier abord, être prise pour une synoviale épaissie et enflammée. M. Nélaton ne la regarde que comme une exsudation membraneuse organisée et de nouvelle formation. C'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier, qui rappelle qu'à l'époque où il éleva des doutes sur la présence de la synoviale sur les cartilages, on lui présenta comme objection des pièces de la nature de celle que M. Nélaton a remise.

M. Nélaton fait observer sur la même pièce un accroissement notable dans le volume de l'extrémité osseuse du fémur au-dessus du cartilage épiphysaire; cet accroissement est dû à la formation de lames osseuses nouvelles extrêmement vasculaires, offrant des conduits nourriciers très-nombreux et un aspect inégal et comme granuleux, à la surface libre ou périostale, tandis qu'à leur surface profonde, elles peuvent être complètement isolées de la substance osseuse primitive qu'elles emboîtent à la manière d'un étui.

Une autre circonstance assez remarquable, qui a été signalée par M. Nélaton, c'est la présence au sein du cartilage épiphysaire, de petites vésicules remplies d'une substance comme albumineuse; ces petites vésicules communiquaient avec des vaisseaux émanés de l'extrémité osseuse, et qui parcouraient un trajet plus ou moins long dans le cartilage épiphysaire.

M. Robert communique à la Société une observation de *gangrène sénile de la main*, observée chez une femme de 65 ans. La malade éprouvait dans le bras, depuis plusieurs mois, des fourmillemens

auxquels succédaient des douleurs très-vives qui se faisaient surtout sentir à l'extrémité des doigts. Ces douleurs s'accompagnèrent bientôt d'un léger œdème de la main, et une corde dure se dessina dans le trajet de l'artère brachiale jusqu'au creux de l'aisselle. Une saignée fut pratiquée, mais la gangrène se propagea; de l'engouement pulmonaire survint, et la malade mourut.

A l'autopsie on trouva le tronc brachio-céphalique droit plus petit que d'ordinaire; la sous-clavière était oblitérée par un caillot qui contenait du pus à son centre. Les veines étaient parfaitement saines; elles renfermaient un sang noir, fluide. La partie supérieure de l'artère présentait des traces d'inflammation consistant dans la rougeur et l'injection de l'artère, ainsi que dans l'adhésion du sang coagulé à ses parois.

M. Cazalis a récemment observé à l'Hôtel-Dieu une *escharre de la plante du pied* chez un vieillard de 79 ans. Il y avait ecchymose et injection du membre abdominal; la plante du pied malade était froide et violacée; une escharre s'y forma peu de temps avant la mort.

A l'autopsie on a trouvé du liquide dans toutes les séreuses; la presque totalité des artères étaient ossifiées; il y avait une dilatation de l'aorte. Aucune trace de caillot n'a été rencontrée dans les artères.

M. Rufz a observé dernièrement, dans le service de M. Velpeau, une *gangrène des doigts*. A l'ouverture du cadavre on n'a trouvé aucune trace ni d'inflammation, ni d'oblitération des artères : la cubitale contenait seule un petit caillot.

M. Tessier présente des altérations anatomiques trouvées sur le cadavre d'un homme qui a succombé deux jours après une *chute sur la tête*. Dans les deux jours qui précédèrent la mort on observa des mouvemens automatiques à gauche, et de la paralysie avec rigidité à droite. A l'autopsie on a trouvé, 1.° une fracture qui, de la petite aile droite du sphénoïde, s'étendait jusqu'au trou occipital en comprenant dans son trajet le corps du rocher. 2.° Un épanchement sanguin diffus siégeant à la base du crâne. 3.° Une contusion de l'hémisphère droit du cervelet; contusion siégeant, par conséquent, du même côté que la paralysie. 4.° Enfin, une contusion siégeant à la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau.

M. Lebiberdère présente un *ramollissement de la totalité de l'hémisphère gauche du cerveau* chez un enfant de trois jours qui a été trouvé mort dans le lieu destiné à l'exposition des enfans. On remarque les lésions suivantes : au milieu de l'hémisphère gauche existe une masse assez considérable de substance cérébrale mélangée et comme triturée avec du sang, présentant, en un mot, les caractères d'une contusion du cerveau ou d'un ramollissement rouge de sa substance. Le sinus latéral droit offrait une dilatation tellement consi-

dérable ; et il remontait au-dessus du niveau du sinus opposé, dans une étendue telle, qu'on a cru d'abord à l'existence d'un large épanchement sanguin., mais on s'assura que partout le sang était entouré par une membrane lisse qui n'est autre chose que la membrane interne du sinus.

M. Reignier présente une *hypertrophie du ventricule gauche du cœur*, recueillie sur le cadavre d'une femme chez laquelle on avait observé des étouffemens ainsi que des battemens assez réguliers, très-sourds, très-faibles, et sans bruit anormal. Cette femme expira subitement. A l'autopsie, on trouve la membrane interne du ventricule gauche convertie en une lame très-dense d'un tissu blanchâtre de nature fibreuse, et qui, dans quelques endroits, a près d'une ligne d'épaisseur. Le sommet du cœur, dans une étendue de plusieurs pouces, offre une consistance qui n'a rien d'analogue avec celle des ventricules gauches les plus compacts et les plus fermes; ici le tissu du cœur était coriace, filandreux, semblant résulter d'un mélange de tissu musculaire et de tissu fibreux avec prédominance de ce dernier; on ne pouvait déchirer le tissu qu'avec beaucoup de difficulté.

M. Delmas, sous-aide aux Invalides, soumet à l'examen de la Société anatomique un *anévrysme* très-volumineux de la première courbure de *l'aorte*. A deux pouces à-peu-près au-dessus de son origine, ce vaisseau présente une vaste ampoule ayant son plus grand diamètre dirigé transversalement, et formant une tumeur considérable dans la cavité du thorax. La dilatation de l'artère porte spécialement sur la partie située à la droite des gros troncs fournis par la deuxième courbure de l'aorte. A la partie latérale droite et antérieure de la tumeur anévrysmale, on trouve un prolongement comme vasculaire qui a été divisé dans l'autopsie, et qui reste pendant à la partie antérieure de la tumeur. L'extrémité adhérente de ce prolongement se confond avec les parois de la poche d'une manière tellement intime, qu'elle semble y prendre naissance. Ce prolongement, creux dans son intérieur et, comme tapissé au-dedans par la membrane interne du système veineux, peut être considéré comme étant un reste de la veine sous-clavière droite, qui, comprimée par le développement progressif de la tumeur, aurait fini par s'incorporer aux parois de l'anévrysme en s'oblitérant près du lieu où elle se porte à la veine cave supérieure. Il a été impossible d'établir d'une manière positive si telle était en effet la véritable nature du prolongement dont nous venons de parler.

Du reste, la poche anévrysmale remplissait tout le diamètre antéro-postérieur du thorax vers le sommet; de telle sorte qu'en avant, la tumeur commençait à pénétrer dans le deuxième espace intercostal, et devenait bientôt sous-cutanée, tandis qu'en arrière elle

était sur le point de se faire jour dans la trachée qui portait les traces évidentes d'une rupture assez prochaine.

M. Ribes présente un *cœur avec dilatation et hypertrophie*, recueilli chez un malade qui a succombé avec des symptômes apoplectiformes, mais chez lequel on n'a trouvé aucune trace d'hémorrhagie cérébrale; seulement il existait un état de congestion caractérisé par la plénitude des sinus et des principales veines encéphaliques, ainsi que par l'état fortement piqueté de la substance médullaire. — M. Ribes rapporte avoir observé il y a peu de temps un cas absolument semblable, et par les symptômes avant la mort, et par les caractères anatomiques. Chez ces deux sujets et chez plusieurs autres dont quelques membres de la Société, et notamment M. Cazeaux, rappellent succinctement l'histoire, il n'y a donc eu aucune cause immédiate appréciable de mort, puisque la dilatation avec hypertrophie du cœur, et un état modéré de congestion, ne sont pas des lésions anatomiques suffisantes pour expliquer la mort. C'est qu'en effet, ainsi que le remarque M. Cruveilhier, une particularité des dilatations avec hypertrophie du cœur, est de causer la mort par elles seules et sans autres lésions appréciables. Cette particularité est une des différences les plus caractéristiques qui les distinguent des hypertrophies appelées *concentriques*. Ces dernières, du reste, ne sont, pour M. Cruveilhier, que des hypertrophies sans dilatation; car, en tant qu'il y aurait hypertrophie du cœur avec rétrécissement organique de ses cavités, M. Cruveilhier en conteste formellement l'existence : il estime que la véritable nature de ces hypertrophies concentriques a été mal interprétée; que ce sont des rétractions, des retours du cœur sur lui-même, mais non des rétrécissemens organiques permanens.

M. Ribes présente des *encéphaloïdes* développées dans le *poumon* d'un vieillard qui a succombé aux Invalides après avoir éprouvé, il y a 8 mois, une suffocation qui fut suivie d'infiltration des membres inférieurs. Cet homme, qui avait subi une amputation de cuisse à la bataille de Wagram, avait toujours joui depuis d'une bonne santé; s'étant livré depuis quelques années à la profession de cardeur de laine, il éprouvait depuis cette époque une toux sèche, intermittente, qui s'exaspérait beaucoup quand il cardait du crin, et qui diminuait quand il cardait de la laine. Les encéphaloïdes dont était farcie la substance pulmonaire, offraient le suc lactescent qu'on y rencontre toujours; elles offraient en outre ceci de fort rare qu'elles contenaient des concrétions non pas crétacées, mais véritablement ossiformes et semblables à des esquilles.

M. Bérard demande s'il y avait chez cet homme quelqu'altération du testicule qui fût de nature à y faire soupçonner l'existence d'un cancer.

Au sujet de la coexistence des encéphaloïdes du poumon avec celles

du testicule, M. Chassaignac rappelle une observation très-curieuse de H. Earle, insérée dans les *London medico-chirurgical Transactions*, tom. III, p. 59.

Le sujet de cette observation était un enfant d'un an et 9 mois, qui à l'âge d'un an ayant eu le testicule gauche pincé par sa sœur, fut pris de douleur, puis d'un gonflement tel que la tumeur finit par atteindre jusqu'au condyle interne du fémur. Le cordon ayant paru conserver son intégrité, H. Earle pratiqua l'opération au dixième mois de la maladie. La tumeur était de nature encéphaloïde, le cordon parfaitement sain. La cicatrisation fut parfaite au bout de six semaines; mais trois mois après, l'enfant ayant succombé, on trouva dans le cerveau et dans les poumons plusieurs tumeurs présentant un tissu uni, serré, laisant écouler par la pression une petite quantité de fluide lactescent, offrant une apparence fibreuse semblable à celle d'un cerveau ferme disséqué ou déchiré avec le manche d'un scalpel. Du côté du testicule enlevé on pouvait suivre une *traînée de glandes engorgées, s'étendant le long de l'aorte depuis le bassin jusqu'au diaphragme.*

M. Vernois présente un *cancer* siégeant à la partie supérieure de l'*œsophage*, à très-peu de distance au-dessous du larynx, et qui néanmoins n'avait formé au col aucune tumeur appréciable pendant la vie. La paroi postérieure de la trachée était déjà envahie par les progrès de l'altération.

M. Lebiderdère présente un *épanchement sanguin* siégeant à la face inférieure du *foie* chez un enfant. Cet épanchement est situé près du bord antérieur de l'organe, entre la substance du foie et la capsule de Glisson.

M. Cazeaux présente les *intestins* d'un homme qui a succombé avec des symptômes d'*étranglement interne*, le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Dans une étendue assez considérable de l'intestin grêle, au-dessus de la valvule iléo-cœcale, il s'était formé une *infiltration sanguine* dans le tissu cellulaire sous muqueux. M. Cazeaux assigne pour point de départ à cette hémorrhagie une *ulcération intestinale* siégeant dans une plaque de Peyer. Dans l'état où se trouve actuellement la pièce anatomique, on remarque une petite ouverture de l'intestin située dans une des aréoles les plus profondes de la plaque malade, c'est-à-dire dans un des points où les tuniques intestinales étaient le plus amincies. On n'a du reste trouvé aucune trace de péritonite ni d'épanchement.

M. Vernois présente un *cancer du pylore* qui n'avait pas été diagnostiqué. La malade, sur laquelle a été recueillie cette pièce, a succombé à un ramollissement du cerveau; elle n'avait jamais eu de vomissemens. Le pylore présente l'altération désignée sous le nom de *cancer gélatiniforme*.

Au milieu des mailles du tissu, on trouve une matière molle, gélatineuse, jaunâtre, semi-transparente, ayant quelqu'analogie avec de la colle de poisson à demi-figée. Cette substance est renfermée dans des aréoles celluleuses. Un ganglion volumineux placé au voisinage du pylore, présente cette altération à un degré encore plus prononcé, étant converti dans sa totalité en une espèce d'éponge dont toutes les vacuoles seraient remplies de gélatine.

M. Ribes présente un *cancer de l'estomac* recueilli chez un sujet de 55 à 60 ans, et chez lequel on n'a observé aucun autre symptôme qu'un refus d'alimentation qui commença un mois avant la mort, sans que le malade qui, du reste, était habituellement très apathique, eût aucun vomissement. On ne sentait aucune tumeur à la région épigastrique.

L'examen anatomique a fait reconnaître une induration qui s'étendait dans toute la longueur de la petite courbure, et qui avait envahi les deux orifices de l'estomac, tous deux rétrécis et tous deux indurés. Le petit doigt pouvait à peine être introduit dans l'orifice pylorique. Il est à remarquer que l'œsophage ne présentait aucune dilatation, et que le malade n'avait offert pendant la vie ni régurgitation ni aigreur ni hoquet.

M. Vernois présente une *disposition singulière du vagin*, consistant dans la présence d'une membrane, ayant à peu près un pouce et demi d'étendue, et qui, par son bord postérieur, est collée à la paroi postérieure du vagin. Le bord antérieur et inférieur est libre. Cette membrane forme une espèce de soupape oblique pouvant, d'une part, s'appliquer contre la paroi postérieure du vagin; d'un autre côté, quand elle s'en écarte, donner lieu à l'aspect d'un vagin double, l'un en arrière, constitué par un cul-de-sac, l'autre antérieur conduisant à l'orifice utérin. La membrane qui vient d'être décrite, présentait des rides transversales parallèles à celles du vagin.

M. A. Bérard présente une pièce anatomique recueillie chez une femme qui fut prise de douleurs hypogastriques à la *suite d'une couche*, et chez laquelle on avait supposé l'existence d'un abcès de la fosse iliaque. Voici ce que l'autopsie a fait reconnaître : un vaste *abcès* commençait à la partie postérieure supérieure du flanc gauche entre le colon et la paroi de l'abdomen; cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique en passant entre la fosse iliaque et l'intestin toujours situé hors le péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie, mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique; de la région iliaque droite, il avait remonté sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic; là il s'était fait jour au-dessous de la peau, avait

décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice ombilicale au niveau de laquelle la peau avait conservé son adhérence aux tissus subjacens. — Le trajet de cet abcès décrivait donc une courbe à concavité supérieure et s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle où il avait atteint dans la partie postérieure du flanc gauche. Dans cette dernière région, l'abcès communiquait avec le colon descendant par une ouverture arrondie qui, du côté de l'abcès, était surmontée par un petit bourrelet ou boursoufflement mollasse, circulaire.

M. Bérard demande quelle a été l'origine de cette communication : est-ce un abcès lombaire qui, par l'érosion de ses parois, s'est frayé une route dans l'intestin; est-ce une ulcération de l'intestin qui s'est fait jour dans le tissu cellulaire, et y a déterminé la formation d'un abcès? — La surface interne de tout le gros intestin était dure, inégale et bosselée; ses parois étaient épaissies dans toute leur circonférence. M. Michon pense que, si on a égard à cette circonstance, on doit regarder la perforation de l'intestin comme le siége primitif de l'abcès.

M. Tessier fait remarquer que ce qui exclut la supposition d'un abcès primitif de la fosse iliaque, c'est que le muscle iliaque était parfaitement sain et vermeil, tandis que, dans les abcès de cette région, il est profondément altéré, réduit en bouillie, et comme macéré dans le pus.

M. Cazeaux donne quelques détails sur une *interruption partielle de l'urètre*, observée chez un individu qui, pour prévenir une émission involontaire de l'urine pendant la vie, avait comprimé la verge au moyen d'un lien circulaire.

M. Cazalis rappelle à ce sujet une opération faite l'année dernière à la Charité, par M. Roux, chez un enfant qui présentait une solution de continuité avec destruction de la paroi urétrale. L'accident avait été produit, comme dans le cas précédent, par une constriction circulaire pratiquée autour de la verge. M. Roux se proposa, dans l'opération qu'il pratiqua sur cet enfant, d'établir, au moyen d'un canal formé dans l'épaisseur des corps caverneux, une communication entre les deux portions de l'urètre séparées par la solution de continuité. M. Cazalis n'a fait connaître à la Société, ni quel a été le résultat définitif de cette opération, ni le procédé opératoire employé par M. Roux.

M. Pégot présente de la *matière tuberculeuse* renfermée dans les *trompes* d'une femme qui pendant la vie avait ressenti des douleurs dans les lombes. La suppression des règles, qui avait eu lieu quelques mois avant la mort, avait fait croire à la malade qu'elle était enceinte. Elle rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente. A l'autopsie on a trouvé les poumons criblés de cavernes, et

contenant des masses tuberculeuses jaunes. On a reconnu aussi que la trompe, évidemment dilatée dans toute sa longueur et dans son orifice utérin, permettait à la matière tuberculeuse ramollie de s'échapper dans la cavité utérine. M. le professeur Bérard s'est assuré à plusieurs reprises de la facilité avec laquelle une pression exercée sur la trompe faisait fluer dans l'utérus l'espèce de bouillie dont la trompe était remplie. Il n'y a donc aucun doute sur la nature de l'écoulement blanchâtre et purulent qui avait eu lieu pendant la vie; il était formé par de la matière tuberculeuse à l'état de ramollissement.

M. Chassaignac rappelle à ce sujet que M. Cruveilhier a montré souvent dans des cas de péritonite purulente, une matière semblable à celle de l'épanchement existant sans interruption dans toute la longueur de la trompe, depuis son orifice abdominal jusqu'à son orifice utérin. Dans les cas où il existe une suppuration ou une dégénération cancéreuse à la surface interne de l'utérus, voit-on de même la trompe remplie de matière blanche, depuis son orifice utérin jusqu'à son orifice abdominal ? C'est une question sur laquelle la Société n'a établi aucune décision.

Observation et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né ; par M. Valleix, *interne des hôpitaux.*

Foulon (Alexandrine), de sexe féminin, née le 5 septembre 1834, fut envoyée à l'infirmerie des enfans trouvés, dans les salles de M. Thévenot, le 14 du même mois, pour quelques pustules très-petites, contenant une gouttelette de pus blanc, et entourées d'un petit cercle d'un rouge peu intense ; on les voyait sur le cou et sur la poitrine. Le cri était fort, les yeux bien ouverts, la langue humide, le ventre souple ; la respiration se faisait facilement, il y avait de l'embonpoint. Les renseignemens pris au bureau nous apprirent que cette petite fille venait de la maison d'accouchement avec cette seule note : *Enfant robuste et bon à donner sur-le-champ à une nourrice.* On prescrivit un bain dans l'eau de son, du lait et de la crême de riz.

Le lendemain 15, on s'aperçut que cet enfant ne pouvait remuer son bras gauche, et qu'il poussait des cris quand

on voulait lui faire exécuter des mouvemens. Ce membre examiné ne nous a absolument rien offert de remarquable dans aucun point de son étendue. Le regard est fixe, l'anxiété se peint sur la figure. Dans l'idée que l'état du bras pouvait dépendre d'une lésion du cerveau, on fait appliquer une sangsue derrière chaque oreille, on supprime la crême de riz, et on ne donne qu'un peu de lait.

Le 16 et les jours suivans, même état. Le 20, diarrhée peu abondante de matières jaunes.

Le 21, l'enfant remue son bras gauche avec plus de facilité, le regard est plus calme, la diarrhée a cessé, on le croit en convalescence ; mais le 16, on aperçoit à la partie inférieure de l'avant-bras droit, au-dessus de l'articulation radio-carpienne, une tumeur volumineuse qui en occupe le tiers inférieur, contournant entièrement le radius, et présentant une fluctuation très-évidente. En quelque lieu qu'on plaçât la main autour de la tumeur, on sentait le flot du liquide en pressant du côté opposé, on sentait même très-bien que l'abcès passait au-dessus du bord externe du radius, gagnant la face postérieure de l'avant-bras ; mais du côté du cubitus tout paraissait dans l'état naturel. Ces explorations sont douloureuses, et l'enfant tient la main et les doigts dans la demi-flexion. La diarrhée a reparu, la respiration est gênée, la face est grippée et exprime la souffrance, les lèvres sont rouges, sèches, fendillées, la langue est humide et offre quelques grains de muguet disséminés çà et là ; ventre douloureux à la pression. Riz gommé, potion avec un gros de sirop diacode, cataplasme sur le ventre et sur les tumeurs.

Le 27, une nouvelle tumeur également fluctuante et douloureuse s'est manifestée vers l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. Elle paraît occuper cette articulation ; elle fait faire une saillie considérable au moignon de l'épaule. Le deltoïde est fortement soulevé, et un doigt placé sous l'aisselle perçoit parfaitement le mouvement du liquide

quand on exerce une légère pression au dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Les yeux sont ternes, les paupières entourées d'un cercle noir, l'expression de la face peint une vive souffrance, le muguet a fait des progrès ; la respiration est beaucoup plus gênée, le pouls est faible, filiforme, irrégulier ; abattement, assoupissement ; (Mêmes prescriptions).

Le 28, mort à 6 heures du matin.

Autopsie. — Tumeur de l'épaule. Il en est sorti environ une once de pus blanc, peu consistant et sans odeur. La partie supérieure du corps de l'humérus est entièrement dénudée dans l'étendue de 10 lignes environ; on n'y trouve pas de changement de couleur ni de consistance, sa forme est bien conservée, mais il y a un décollement complet de l'épiphyse, d'où résulte une espèce de fausse articulation à surface rougeâtre et rugueuse, qui baigne entièrement dans le pus. On voit, à l'extrémité supérieure de l'humérus, les cellules de la substance spongieuse qui contiennent une petite quantité de matière purulente. Les parois de l'abcès sont formées par le périoste, décollé qui est mince, transparent, lisse et adhérent au tissu cellulaire environnant. A la partie inférieure du foyer, un peu au-dessus de l'insertion deltoïdienne, cette membrane vient s'insérer sur un bourrelet osseux, d'apparence spongieuse, irrégulier, élevé de plus d'une ligne au-dessus du niveau de l'os, et qui se prolonge, en mourant, jusqu'au dessous de la partie moyenne de l'humérus. Le périoste est partout en contact avec cette production osseuse, il est même assez difficile de l'en séparer. Tous les muscles de la partie supérieure du bras, ainsi que les nerfs et vaisseaux axillaires, avaient été repoussés par le foyer purulent. Le deltoïde avait été fortement soulevé; l'articulation scapulo-humérale était parfaitement saine.

La tumeur du poignet contenait une quantité aussi considérable de pus que la première. C'était l'extrémité infé-

rieure du radius qui baignait dans le pus. Elle était également séparée de son épiphyse, son aspect était semblable à celui de l'extrémité de l'humérus dans la tumeur de l'épaule; elle était détachée du ligament inter-osseux, et entièrement dépouillée de son périoste. Une production osseuse, semblable à la précédente, également spongieuse, et dans les mailles de laquelle était contenue une petite quantité de liquide jaunâtre, commençait par un bord brusque et irrégulier, au point où le périoste venait se recoller à l'os, et de là se prolongeait jusques vers la tête du radius, en conservant à peu près toute son épaisseur, et en formant à l'os une espèce de gaîne enveloppée de toutes parts par le périoste qui, loin d'être mince et adhérent comme au bras, était épais, lisse à sa face interne, et se séparait avec tant de facilité, qu'une légère traction sur le radius a suffi pour détacher entièrement cet os. Alors, j'ai vu plus facilement la gaine osseuse; on pouvait la séparer sans peine de l'os et l'enlever par petites portions. Son tissu était formé de fibres longitudinales; exprimé, il devenait mat, dur et cassant. L'os, au-dessous, présentait l'aspect et la consistance d'un os sain. La partie inférieure du cubitus et l'articulation du poignet étaient parfaitement saines.

La jambe droite ne présentait à l'extérieur rien de remarquable; mais une incision profonde, faite à la partie interne du genou, a donné issue à deux cuillerées de pus épais, couleur de lie de vin, inodore. Le foyer purulent existait à la partie supérieure du tibia, dont il baignait les faces postérieure et interne; il était borné à la partie interne par une adhérence du périoste, et à la partie externe par le ligament inter-osseux. Décollement de l'épiphyse, dénudation de l'os; comme ci-dessus. A la partie inférieure du tibia, on trouva un abcès avec des altérations tellement semblables aux précédentes, que je crois inutile d'en répéter la description. A raison de ce double abcès aux deux extrémités du même os, la production osseuse

anormale formait une gaine occupant seulement la partie moyenne de l'os, entre les deux abcès, se terminant en haut et en bas, par deux bourrelets, dont le supérieur était plus saillant que l'inférieur. Le périoste la recouvrait partout et se trouvait dans les mêmes conditions que celui qui a été décrit en parlant du radius.

Un abcès tout-à-fait semblable a été découvert autour de la partie supérieure du tibia gauche; il était moins vaste, et ne contenait qu'une demi-cuillerée de pus, couleur de lie de vin, comme le précédent. Au reste, même décollement du périoste, même production osseuse, mais un peu moins abondante, même séparation de l'épiphyse. La partie inférieure du tibia ne présentait point d'abcès comme à l'autre jambe; le périoste n'y était pas épaissi, et adhérait par des fibres cellulaires qu'on ne pouvait rompre que par une traction assez forte, comme dans l'état sain. L'épiphyse n'était pas décollée, mais il ne fallut qu'un effort extrêmement faible pour opérer ce décollement, et les deux surfaces résultant de la séparation étaient d'un rouge foncé, rugueuses et sèches.

En examinant les organes contenus dans le bassin, j'ouvris un abcès placé au-devant du sacrum, à la partie supérieure et gauche, et qui laissa écouler du pus blanc et bien lié. En parcourant les parois de cet abcès, j'ai reconnu que toute la partie gauche de la première vertèbre sacrée était dénudée de son périoste, que l'éminence épiphysaire gauche de cette vertèbre était séparée du reste de l'os par une division dont les surfaces étaient rugueuses, grisâtres, que le foyer communiquait d'une part avec l'articulation lombo-sacrée dont le fibro-cartilage était détruit dans toute sa partie moyenne, et de l'autre, avec l'articulation sacro-iliaque, dont les cartilages étaient également détruits. Il en résultait que les faces articulaires étaient très-rudes au toucher.

Des deux branches de l'ischion, la postérieure était sépa-

rée de son cartilage, et une petite quantité de pus en baignait l'extrémité. L'antérieure était encore réunie au cartilage, mais il a suffi d'une légère traction pour la décoller; il n'y avait point d'abcès sous ce point-là. L'os, tout entier, s'est séparé de son périoste avec une facilité extrême.

L'estomac et l'intestin grêle ont présenté des traces d'inflammation. Le gros intestin, rien.

Les poumons étaient bien crépitans. On trouvait dans toute l'étendue de leur surface, des points noirs légèrement saillans, dont le plus large avait l'étendue d'une pièce de 20 sous. La substance pulmonaire, au-dessous de ces points, était d'un rouge très-foncé, compacte, et ne contenant pas d'air; cette altération pénétrait à la profondeur de 4 ou 5 lignes. Les noyaux altérés sont séparés de la substance saine du poumon par une ligne de démarcation très-tranchée; ils sont au nombre d'une vingtaine pour chacun de ces organes, qui, dans tout le reste de leur étendue, sont d'une belle couleur rosée et remplis d'air. Ces noyaux n'existent qu'à la surface.

Une petite quantité de sang pur et liquide est contenue dans le péricarde. Sang noir dans toutes les cavités du cœur et dans l'aorte.

Les veines crurales et iliaques présentent de loin en loin de petits caillots noirs, et quelques filamens membraniformes; leur surface interne, lisse et polie, est d'un rouge foncé.

Il est vraisemblable que les abcès des membres et du bassin sont dus à une altération des os occasionnée par la maladie syphilitique. Si l'on se rappelle que la partie inférieure du tibia gauche était encore recouverte de son périoste, qu'on ne remarquait aucune lésion dans les tissus voisins de l'os, et que néanmoins l'épiphyse s'est détachée avec la plus grande facilité; qu'il en a été à-peu-près de même de l'ischion tout entier, on peut penser que ces os étaient déjà malades, quoique leur aspect et leur consistance ne fussent pas encore entièrement changés.

Réflexions. Les productions osseuses dont j'ai donné la description, peuvent être regardées comme des exemples frappans de ce que M. Lobstein (1) a nommé *Ostéophyte diffus.* La rapidité de leur apparition, et leur grande étendue me paraissent remarquables. M. Lobstein ne cite pas de cas où ces productions aient été aussi considérables, et se soient présentées en autant de lieux à la fois. M. Tessier m'a montré des dessins d'os sur lesquels, à la suite d'amputations, on voyait une couche osseuse se prolonger du lieu de la section jusqu'à une assez grande hauteur, entre le périoste et une portion d'os sain; mais ce point d'anatomie pathologique n'a pas été assez généralement étudié.

Delpech (2) a décrit des exostoses superficielles, simplement appliquées sur l'os à leur apparition, *et en différant par leur texture.* Il a eu sans doute en vue les ossifications dont nous venons de parler, mais le nom d'exostose ne me paraît pas juste en cette occasion. En effet, le tissu osseux, de nouvelle formation, n'est pas adhérent aux os, ce qui aurait lieu, s'il était une production de ces os eux-mêmes. Delpech pense que plus tard cette matière se soude et se confond avec eux; on pourrait alors prendre cet état pour une véritable exostose due à un gonflement de l'os; car, selon la remarque de M. Lobstein (1), les fibres osseuses de nouvelle formation sont dans le même sens que celles des parties sur lesquelles on les trouve appliquées. Je possède néanmoins une pièce anatomique qui semble contredire cette dernière assertion.

Sur le crâne d'un enfant, nouveau-né, qui avait présenté un énorme *céphalœmatome*, je trouvai, du côté opposé à la maladie, sur le pariétal gauche, une large plaque osseuse, très-mince, qui s'enlevait avec facilité lorsqu'on

(1) *Anat. pathologique*, Tome II, p. 141.
(2) *Précis élém. des Mal. réputées chirurgicales.* Tome III, p. 572.

introduisait la pointe du scalpel entre elle et l'os sous-jacent. Après l'avoir soulevée sur les bords, je n'aperçus aucune solution de continuité dans la lame externe du pariétal; il ne paraissait pas qu'on en eût rien enlevé. Les fibres divergentes de cet os étaient fort apparentes et se continuaient sans interruption au-dessous de l'*ostéophyte*. Cette plaque osseuse, au contraire, avait un aspect tout différent; elle paraissait formée de petits grains osseux, réunis les uns aux autres, et formant une couche uniforme sans la moindre trace de fibres. Ce fait prouve que la proposition de M. Lobstein est trop générale; il rentre dans les cas cités par Delpech, où les *ostéophytes* différaient par leur texture des os qu'ils recouvraient.

La promptitude avec laquelle ces productions osseuses se forment chez les enfans nouveau-nés est extrême. Dans un cas de *céphalæmatome*, j'ai vu s'élever du jour au lendemain, un bourrelet osseux d'une ligne et demie de hauteur.

Quel est le mode de formation de ces *ostéophytes?* Je crois, après avoir vu des *ostéophytes* aussi volumineux, qu'il se dépose une matière osseuse de nouvelle formation. M. Lobstein professe cette opinion, quoiqu'il ne l'exprime pas très-nettement; ainsi, il dit d'abord que la nouvelle substance osseuse est élaborée par le périoste, et plus bas, qu'elle n'est autre chose que le tissu cellulaire sous-périostique ossifié. Howship pensait que l'*ostéophyte* était produit par une sécrétion de la lame la plus fine du périoste.

En supposant que l'enfant eût vécu, ces productions osseuses se seraient-elles avancées sur la portion d'os dénudée, et se seraient-elles prolongées jusqu'à l'épiphyse? En examinant attentivement l'humérus, il semble qu'on aperçoit le commencement d'un pareil travail. C'est, d'ailleurs, ainsi que les choses se passent dans le *céphalæmatome*. Je vois, en ce moment, un enfant qui porte sur chaque pariétal une de ces tumeurs dont le bourrelet osseux devient de jour en jour plus considérable, en s'avançant vers le

centre. Le liquide diminue peu à peu, et bientôt, sans doute, il ne restera plus que la portion osseuse de ces tumeurs, qui forme déjà une saillie très-sensible et très-distincte de la bosse pariétale située au-dessous.

Atrophie de tout l'hémisphère droit du cerveau, avec induration du lobe antérieur du même côté; atrophie avec induration du lobe gauche du cervelet; observation recueillie par M. SAINT-YVES, *interne à la Salpétrière.*

Marguerite Cl***, sujet de cette observation, était née à Paris, de parens pauvres. Trois mois avant d'accoucher, sa mère fut très-effrayée par un accident dont elle fut témoin dans la rue; elle ressentit, pendant plusieurs jours, des douleurs assez vives dans l'abdomen; mais, peu à peu, et sans secours aucun, sa santé se rétablit jusqu'au terme de sa grossesse. Marguerite avait une sœur aînée qui était muette de naissance. Peu de temps après sa naissance, Marguerite fut prise de convulsions épileptiformes, qui se renouvellèrent presque tous les jours; plusieurs d'entre elles furent même tellement violentes, qu'elle faillit plus d'une fois perdre la vie. A trois ou quatre ans seulement, on aperçut une plus grande faiblesse des membres du côté gauche, avec raideur des muscles de l'avant-bras. A cinq ou six ans, elle eut la petite-vérole, et fut délivrée, pendant toute cette maladie, de ses attaques.

Jusqu'à 12 ou 13 ans, les attaques revinrent à des intervalles plus éloignés. Mais à l'époque de l'éruption des règles, et long-temps même à l'avance, elles devinrent plus fréquentes et plus longues, la paralysie fut complète du côté gauche, ainsi que la contracture de l'avant-bras.

La malade fut admise à la Salpétrière, division des Epileptiques.

Elle était alors agée de 15 ans, bien réglée, grande de 4 pieds 7 pouces; ses cheveux, ses yeux et son teint sont bruns, sa figure fraiche, sa poitrine peu developpée, et son embonpoint médiocre.

Les attaques surviennent surtout à l'époque des règles; dans l'intervalle elle est quelquefois huit jours sans éprouver autre chose que des étourdissemens; elle marche avec difficulté, tout le poids de son corps repose sur un axe représenté par la jambe droite, et autour duquel le membre gauche décrit en se trainant des portions d'arc de cercle; les membres du côté paralysé sont atrophiés d'une manière appréciable. Malgré tout, elle subvient seule à la plupart de ses besoins.

Son intelligence est assez développée, sa mémoire très-exacte; elle a parfaite conscience de son état, désire ardemment se délivrer de son mal, et aime aussi avec passion les médicamens, goût qui survivra à la perte de ses autres penchants.

Marguerite est douce, très-reconnaissante, pieuse, très-rangée, mais colère et entêtée.

Cet état, pendant les douze années qu'elle resta dans la division des épileptiques, éprouva les modifications suivantes: fréquence plus considérable des attaques et des étourdissemens, abattement et perte graduelle du courage et de l'intelligence, accès de colère, et peu à peu de délire succédant à chaque attaque; dans les intervalles, moral profondément affecté.

Passée dans une des divisions consacrées aux incurables, Marguerite y vit encore trois années, durant lesquelles s'éteignent tout-à-fait les restes de son intelligence et de ses bonnes qualités; elle tombe, enfin, dans l'état de démence le plus complet. Les attaques surviennent chaque jour. Après chacune d'elles, Marguerite devient furieuse, et à sa fureur succède bientôt ou un collapsus profond, ou un accès de gaîté folle et stupide.

Marguerite ne veut plus manger, afin, dit-elle, de mourir de faim; tandis qu'auparavant, et jour et nuit, elle mangeait beaucoup. — Toujours elle demande des médicamens.

En peu de temps l'épilepsie disparaît pour ne plus revenir; la malade, après avoir offert tous les symptômes du scorbut, meurt le 10 août 1834.

Autopsie. — Cadavre maigre, infiltré, surtout à la face et aux extrémités.

Adhérences pleurétiques considérables, surtout du côté gauche; péricarde distendu par une abondante quantité de sérosité. La muqueuse du tube digestif ne présente que des ecchymoses variables en étendue et en nombre, depuis l'estomac jusqu'au rectum.

La moelle épinière n'offre rien de remarquable. La tête rasée laisse apercevoir manifestement le défaut de symétrie du crâne. Le côté gauche de la voûte est plus bombé; les os offrent une épaisseur peu considérable, leur tissu est plus mou que d'habitude, et se laisse scier aisément.

La dure-mère est épaisse, et ne présente, d'ailleurs, ainsi que les tissus, rien de remarquable.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est gorgé d'une abondante quantité de sérosité, surtout du côté droit.

Les vaisseaux de la pie-mère sont faiblement injectés.

Les membranes se séparent aisément de la substance cérébrale.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes, présente tout l'hémisphère droit beaucoup plus petit que le gauche. Les circonvolutions aussi sont beaucoup plus petites. A la partie antérieure, les anfractuosités sont plus considérables, les circonvolutions restant les mêmes; vers la partie postérieure, au contraire, les circonvolutions sont comme effacées.

C'est, en effet, ce qui est arrivé; le ventricule correspondant était énormément distendu par la sérosité. Tout

le lobe antérieur est extrêmement dense, et comparable, sous ce rapport, à de la gomme élastique.

A la partie moyenne de l'hémisphère, et toujours à sa surface, on remarqua une teinte brunâtre avec affaissement des circonvolutions et ramollissement de leur superficie, sans limites bien tranchées, et sans kyste appréciable.

Le ventricule correspondant est énormément distendu; ses parois offrent une minceur remarquable, surtout en haut et à la partie postérieure et externe. Là, elles ont au plus une ligne à une ligne et demie d'épaisseur.

Le corps strié et la couche optique sont comme effacés.

Le lobe gauche du cervelet présente le même genre d'altérations; il est beaucoup plus petit que celui du côté opposé et sa densité est semblable à celle du lobe antérieur de l'hémisphère droit, avec cette différence toutefois qu'elle décroît de la circonférence au centre.

Chacune de ses lames, prise isolément, ressemble à la fibre d'un muscle soumis pendant long-temps à l'ébullition.

Cancer de l'estomac; matière encéphaloïde du canal médullaire de l'humérus; fracture de cet os; observation recueillie par M. Marotte, *interne à l'Hôtel-Dieu.*

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 66 ans; elle était maigre, avait la peau terreuse, et sa physionomie offrait une expression de tristesse habituelle; elle jouissait d'une certaine aisance. Mais la mort de son mari, à l'époque du choléra, avait laissé chez elle un sentiment de tristesse qui avait dû être augmentée par l'espèce d'isolement dans lequel elle se trouvait. Depuis cette époque elle avait perdu l'appétit, et ses digestions avaient commencé à se déranger. Il y avait quelques mois surtout que son état avait commencé à l'inquiéter : elle éprouvait un sentiment

de pesanteur au creux de l'estomac, quelquefois même des nausées. La présence des alimens dans l'estomac était pénible, et souvent elle était prise, quelques heures après le repas, de coliques, d'un peu de diarrhée, occasionnées sans doute par le contact des alimens mal élaborés dans l'estomac. La quantité d'alimens introduits chaque fois était peu considérable.

Depuis une quinzaine de jours, son appétit avait diminué d'une manière plus notable encore, et elle avait été prise de toux avec expectoration muqueuse; mais ce qui l'inquiétait le plus, c'était une douleur qu'elle éprouvait dans le bras droit; il n'y avait en cet endroit ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur; la douleur n'augmentait pas par la pression.

Le 22 ou 23 avril, la malade dit que, deux jours auparavant, elle avait ressenti un léger craquement dans son bras, en voulant prendre le pot de tisane placé sur la tablette de son lit, et que depuis ce temps la douleur était plus vive. On y fit peu d'attention, d'autant que la malade, en désignant la partie interne du bras comme le point où elle souffrait le plus, écartait un peu le membre du corps, sans qu'il y eut déformation ni mobilité des fragmens osseux.

Une dixaine de jours après, elle se plaignit de nouveau de la persistance de sa douleur, qui loin de s'appaiser sous l'influence de cataplasmes laudanisés, n'avait fait que prendre de l'accroissement; car elle en était venue, disait elle, au point de ne pouvoir remuer son bras. En examinant alors le membre avec soin, je ne pus méconnaître la présence d'une fracture, à la mobilité et surtout à la crépitation. Cependant la crépitation n'était pas franche comme celle que donne une fracture récente. J'interrogeai la malade, et j'appris que cinq ou six jours après y avoir ressenti un craquement, elle avait fait une chute dans laquelle le bras était resté appliqué contre le corps.

J'appliquai un appareil, et aussitôt la douleur dimi-

nua beaucoup. Les choses restèrent quelque temps dans cet état ; mais la malade ne tarda pas à perdre totalement l'appétit et à être prise d'une diarrhée abondante. Elle s'éteignait lentement, lorsque le 9 mai elle tomba dans un état de prostration complète ; son pouls devint petit et misérable, sa figure grippée, son ventre ballonné et sensible à la pression ; sa langue rouge et sèche. Tout annonçait une mort prochaine, qui arriva en effet le 12 mai 1834.

Autopsie. — Je trouvai dans l'abdomen une sérosité noirâtre, logée surtout dans l'excavation du bassin et en quantité médiocre. Le péritoine présentait dans quelques points un peu de rougeur et des traces de fausses membranes. — L'estomac, caché sous la base de la poitrine, était recouvert par le foie. Dans sa moitié droite il n'égalait pas le gros intestin en volume ; ses parois étaient en même temps considérablement épaissies. La portion cachée sous le foie était le siége d'une escarrhe noire évidemment gangréneuse, et perforée dans plusieurs points. Ces ouvertures avaient sans doute donné passage au liquide noirâtre rencontré dans l'abdomen. Sa face postérieure se confondait avec le pancréas, et était parsemée de masses encéphaloïdes, les unes dures, les autres ramollies. Le tissu squirrheux prédominait sur sa face antérieure.

Tous les autres organes étaient sains.

Je procédai de suite à l'examen de la fracture. Les vaisseaux n'étaient ni plus volumineux, ni en plus grand nombre que dans l'état normal ; un d'eux pénétrait dans le canal médullaire au niveau de la fracture. Le périoste était sain et adhérent dans toute l'étendue de l'os ; il était seulement rompu à l'endroit fracturé. Je n'ai pu trouver aucun indice de travail réparateur. — Le canal médullaire était large, comparé au volume de l'os, dont le cylindre allait en s'amincissant du point fracturé vers les extrémités. Dans le point fracturé, la lame compacte avait l'épaisseur de la table interne des os du crâne. Le système médullaire

était seul malade; dans la portion supérieure il se détacha d'une des moitiés du cylindre de l'os, qui avait été divisé dans sa longueur. Ce tissu médullaire était, dans cet endroit, formé de matière encéphaloïde, consistante, d'une teinte bleu-verdâtre dans le col et la tête de l'os qu'il commençait à envahir. Au niveau de la fracture, la matière morbide était ramollie: mais dans la partie inférieure du cylindre, elle se présentait en masses assez dures, séparées par une matière jaunâtre, gélatiniforme, ayant quelqu'analogie avec la matière colloïde.

A l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum se trouvait un petit foyer circonscrit de matière encéphaloïde ramollie. — Je ne crois pas qu'il existât d'altération semblable dans un autre point du squelette: en effet, j'ai cherché à briser les os les moins résistans; j'ai scié les autres dans plusieurs points, sans rien rencontrer d'anormal.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur le diagnostic des fractures du col du fémur; par Robert William Smith (1).

Dans ce mémoire, où je m'appuierai sur des observations et des autopsies nombreuses, je me bornerai à traiter des signes fournis par le changement que la cuisse subit dans sa longueur et sa position par suite de la fracture du col du fémur, et je terminerai par une courte notice sur une maladie particulière de l'articulation coxo-fémorale, qui, quand elle complique cette fracture, en modifie beaucoup les symptômes.

I. Le *raccourcissement* du membre est un symptôme

(1) *Dublin Journal*, N.° 17.

qui mérite une attention sérieuse, soit sous le rapport de son degré, soit sous celui de l'époque de son apparition; et il ne faut pas perdre de vue que, sous l'influence de certaines circonstances, le membre ne perd rien de sa longueur. Le degré du raccourcissement a été considéré par tous les écrivains comme un signe distiuctif entre la fracture intra-scapulaire et celle qui a son siége en dehors de la capsule de l'articulation; mais ils sont loin d'être d'accord sur la question de savoir laquelle des deux fractures détermine le raccourcissement le plus considérable. Cependant la solution de cette question est importante tant pour le traitement que pour le pronostic. Sir Astley Cooper établit que dans la fracture intra-capsulaire « Le membre devient d'un pouce à deux pouces et demi plus court; en effet, l'union du grand trochanter avec la tête du fémur par le moyen du col étant détruite, le trochanter est attiré en haut par les muscles, et s'élève autant que le ligament orbiculaire le lui permet; aussi vient-il appuyer sur le rebord de la cavité cotyloïde et sur la portion de l'os iliaque qui est immédiatement au-dessus de ce rebord. » Au sujet de la fracture en dehors de la capsule, il dit que « Le membre est raccourci d'un demi-pouce à trois quarts de pouce. » Ces données se trouvent en opposition avec le résultat de ma propre expérience; il me semble d'ailleurs impossible que la capsule de l'articulation de la hanche, bien différente de celle de l'articulation de l'épaule, puisse se prêter à un déplacement de deux pouces et demi, sans être largement déchirée, circonstance qui se présente très-rarement. Si même, ainsi qu'il arrive souvent, le tissu fibreux réfléchi qui constitue le périoste du col du fémur, reste intact ou presque intact, la rétraction peut être entièrement empêchée. « Dans plusieurs cas de fracture récente du col du fémur dans l'intérieur de la capsule, dit M. Stanley, dans le T. XIII des *Transact. med. chir. de Londres,* j'ai trouvé intacte une portion considérable de l'enveloppe sy-

noviale et fibreuse de l'os, et le degré d'étendue de la déchirure de ce tissu a exercé une influence évidente sur le déplacement du membre ; cette enveloppe, restant entière de chaque côté du col du fémur, doit s'opposer au raccourcissement du membre. » M. Earle fait les réflexions suivantes dans son ouvrage, intitulé *Observations de Chirurgie pratique* : « Si le col est fracturé dans l'articulation, ou très-près de la tête de l'os, il y a peu ou point de rétraction au moment de l'accident; le contraire a lieu quand la fracture est en dehors de la capsule. Quant au raccourcissement de deux pouces que l'on a dit avoir observé, comme je n'en ai jamais vu de semblable, je pense qu'il y a eu quelque inexactitude dans cette donnée ; en effet, le ligament capsulaire est inextensible et très-fort ; sa longueur, à la partie supérieure, n'excède pas deux pouces ; en outre, dans la majorité des cas, la portion de périoste fibreux non déchirée offre une résistance considérable. » Boyer a émis une opinion analogue.

Mais quand la capsule est située en dehors de la capsule, la rétraction peut atteindre son maximum ; il n'y a rien en effet qui s'oppose à l'action des muscles sur le fragment inférieur, tandis qu'en même temps le fragment supérieur est poussé en bas par le poids du corps. Il résulte delà, que dans ce cas, le raccourcissement du membre peut être égal à toute la longueur du col de l'os ou même plus grande.

Il y a cependant un cas où la rétraction peut être peu considérable, bien que la fracture soit en dehors du ligament capsulaire ; c'est lorsque le fragment supérieur s'enfonce plus ou moins dans le tissu aréolaire du fragment inférieur. Alors non seulement le raccourcissement est très-borné, mais même quelquefois il est extrêmement difficile de rendre au membre sa longueur normale par l'extension. Une telle disposition peut être soupçonnée avec raison toutes les fois qu'on éprouve des difficultés non ordinaires, soit

pour obtenir la crépitation, soit pour ramener, par des tractions longitudinales, le membre à sa longueur primitive.

Le muséum de l'hôpital de Richmond renferme quinze cas de fractures du col du fémur, dont treize ont été recueillis sur des sujets qui sont morts dans cet hôpital, et sur lesquels le degré de raccourcissement a été noté avec soin. Le tableau suivant donne l'âge et le sexe des malades, le siége de la fracture et le degré du raccourcissement.

N°	AGE.	SEXE.	SIÉGE DE LA FRACTURE.	RACCOURCISSEM^t.
1	36 ans.	homme	intra-capsulaire	$\frac{3}{4}$ pouce
2	48	id.	id.	$\frac{1}{2}$
3	74	id.	en dehors	$1\frac{1}{2}$
4	80	femme	intra-capsulaire	$\frac{1}{2}$
5	80	homme	en dehors	2
6	70	femme	id.	$1\frac{1}{2}$
7	75	id.	intra-capsul.	1
8	80	id.	id.	$\frac{1}{2}$
9	60	id.	id.	$1\frac{1}{2}$
10	82	id.	en dehors	$\frac{3}{4}$
11	78	id.	intra-capsul.	$\frac{1}{4}$
12	80	id.	id.	$\frac{3}{4}$
13	90	id.	id.	$\frac{1}{2}$

On voit dans ce tableau que, si l'on excepte le n° 9, aucun cas de fracture intra-capsulaire n'offrait plus d'un pouce de raccourcissement et qu'un seul cas allait jusque-là. D'un autre côté, à l'exception du n° 10, tous les cas de fracture en dehors de l'articulation avaient au moins un pouce et demi de rétraction. Lorsqu'on mesura le membre du n° 9, la fracture existait depuis plusieurs années, le col de l'os avait disparu. Quant au n° 10, le col était fracturé à sa base en dehors du ligament capsulaire, et était enfoncé à la profondeur d'environ trois-quarts de pouce dans

le tissu aréolaire du corps de l'os, entre les deux trochanters, où il était solidement fixé. Le petit trochanter était fracturé transversalement; la fracture coupait à angle droit le corps de l'os, mais sans détacher aucune partie de l'apophyse; la branche descendante du pubis était fracturée obliquement. Le sujet de cette observation était une femme âgée de 82 ans, qui avait été renversée par une voiture chargée de foin; les renseignemens apprirent que le cheval et la voiture avait passé sur elle. Elle mourut quatre jours après l'accident. Ici, on peut se rendre compte du peu de raccourcissement, par la disposition des fragmens.

Il est probable que la divergence d'opinion qui règne sur ce sujet, vient en grande partie de ce qu'on n'a pas distingué avec assez de soin le raccourcissement qui a lieu pendant les deux ou trois premiers jours de l'accident, qui est l'effet de l'action musculaire, et peut être détruit par l'extension, de celui que l'on observe à une époque plus avancée, qui est le résultat de la résorption du tissu osseux, et qui est permanent. A la vérité, l'époque à laquelle le raccourcissement se manifeste est sujette à beaucoup de variations. Ce phénomène peut avoir lieu instantanément, immédiatement après l'accident, et à un degré considérable; dans ce cas, j'ai trouvé généralement une fracture comminutive en dehors de la capsule. Quelquefois le raccourcissement ne devient évident que du 4.e au 6.e jour de l'accident; alors les muscles ont été paralysés par suite d'une violente contusion, et le membre perd lentement de sa longueur à mesure qu'ils reprennent leur tonicité, et sans qu'il y ait aucun travail de résorption de l'os. Mais il y a d'autres cas où la rétraction, d'abord peu prononcée, devient considérable au bout d'un mois ou six semaines. Le n.° 11 du tableau précédent en a offert un exemple : le raccourcissement du membre était d'abord d'un pouce; au bout de 6 semaines, il s'élevait à un pouce et demi. On trouva, après la mort, qui eut lieu après l'expiration du 2.e

mois, que le col de l'os avait disparu par l'absorption. Enfin, il arrive quelquefois que le membre conserve sa longueur normale pendant plusieurs semaines, et se raccourcit au bout de ce temps, non graduellement, mais tout d'un coup. Ces cas sont ceux où le diagnostic a paru si difficile. La cause de la fracture a agi, en général, avec peu de violence, et le malade n'a fait aucune tentative pour marcher après l'accident; le renversement du pied en dehors est beaucoup moins marqué que lorsque le raccourcissement s'est manifesté de bonne heure; il y a peu ou point d'altération dans la position du grand trochanter; le malade ne peut lever son membre tout d'une pièce, mais ce symptôme n'a aucune valeur, car il peut être dû à un état de paralysie des muscles. Si l'on peut percevoir de la crépitation, le diagnostic cesse d'être obscur; sinon, nous ne pouvons que suivre attentivement la marche de la maladie; et si, après deux, trois ou quatre semaines, l'impossibilité des mouvemens du membre persiste, nous avons des raisons pour soupçonner quelque lésion plus grave qu'une contusion; le renversement du pied est alors plus prononcé; alors aussi, il arrive souvent que le membre se raccourcit soudainement; la connaissance de ce phénomène n'est point sans importance, car il indique ordinairement une fracture en dedans de la capsule. Dans le premier cas où je l'ai observé, il se présenta, au bout de trois semaines; chez le second malade, après six semaines; à cette époque, le malade ayant quitté son lit, et ayant essayé de marcher, le membre, qui jusques-là avait conservé sa longueur normale, se raccourcit subitement. Sabatier a observé la même chose au 23.me jour. Dans ces cas, nous devons supposer qu'au moment de la fracture, les tissus fibreux qui enveloppent le col de l'os sont restés intacts et ont empêché la rétraction du membre, mais qu'ils ont été déchirés plus tard, soit par quelque mouvement imprudent du malade, soit par des efforts trop peu modérés du chirurgien qui cherche à

déterminer de la crépitation en exerçant des tractions sur le membre, et en lui imprimant des mouvemens de rotation. Le raccourcissement est donc l'effet immédiat de cette déchirure. On trouve dans les *Observations sur les fractures de la cuisse*, par M. Amesbury, et dans le 2.e vol. des *leçons cliniques* de M. Dupuytren, des réflexions qui s'accordent avec celles qui précèdent. Toutefois, il est un point sur lequel je ne puis admettre l'opinion de M. Dupuytren : « Les deux signes précédens, dit ce professeur, (le raccourcissement et la déviation du membre), ne se montrent quelquefois qu'après 50, 60, 80 jours de traitement par le repos et l'extension, ce qui provient de ce que le cal a cédé à la contraction des muscles ou au poids du corps. » Dans la fracture intra-capsulaire, ainsi que j'ai pu m'en assurer par de nombreuses dissections, le cal n'est point formé en quantité suffisante pour contre-balancer, le moins du monde, l'action musculaire.

II. De même que le raccourcissement du membre, *le renversement du pied en dehors* n'est point un signe certain de fracture du col du fémur; on ne peut point non plus conclure de son absence à la non existence de cette fracture. En effet, il est bien connu maintenant que, dans cette affection, le pied peut être tourné en dedans ou en dehors, ou être droit. Le fait suivant est une preuve du peu de valeur du renversement du pied en dehors comme signe de fracture du col du fémur, lors même qu'il se trouve combiné avec un raccourcissement du membre.

Une femme avancée en âge, entre à l'hôpital de Richmont pour une lésion de la hanche, suite d'une chute sur le grand trochanter; la malade ayant été placée dans la position horizontale, on trouva le membre malade d'un pouce plus court que l'autre; le pied était tourné en dehors, la cuisse ne pouvait être fléchie sur l'abdomen, tant que la jambe était étendue sur la cuisse; la douleur et la contusion autour de l'articulation étaient considérables. Ces symp-

tômes suffisaient pour faire admettre une fracture du col fémoral; mais, dans mes efforts pour obtenir de la crépitation, il me fut impossible de rendre au membre sa longueur normale. Cette circonstance fit naître des doutes sur la nature de l'affection, et me fit croire qu'il pouvait bien y avoir quelque maladie antécédente de l'articulation. En effet, la malade éprouvait depuis long-temps de la douleur et de la raideur dans cette partie; cette douleur était plus vive dans les temps humides et dans les saisons pluvieuses; elle était diminuée par le repos de la nuit, et augmentée vers le soir; la santé générale de cette femme était restée intacte, mais elle était devenue boiteuse peu-à-peu. D'après cela, il était évident que l'on avait affaire à une contusion violente, affectant une articulation atteinte depuis long-temps, d'une maladie (*morbus coxæ senilis*), qui n'est pas rare chez les sujets âgés, et qui produit le raccourcissement du membre et le renversement du pied en dehors.

Ce n'est pas seulement sur la nature de la lésion que la présence de cette maladie peut induire en erreur, mais encore sur le siége de la fracture, lorsque celle-ci est bien évidente. En effet, le raccourcissement du membre étant en partie alors l'effet de la maladie antérieure à la fracture, on ne peut se guider sur ce symptôme pour savoir si la fracture est intra ou extra-capsulaire. Toutefois, dans tous les cas où j'ai vu cette maladie coïncider avec une fracture du col du fémur, la fracture était en dehors de la capsule.

Le renversement du pied *en dedans* a été noté d'abord par A. Paré et J. L. Petit. Dans le tome 13 des *Trans. méd. chir. de Londres*, M. Guthrie explique ainsi cette disposition : « Quand la fracture est située en dehors de l'insertion des muscles rotateurs externes, mais assez en dedans du moyen et du petit fessier pour leur laisser toute leur action, le gros orteil est tourné en dedans, et sa position doit varier suivant la direction de la fracture. » Cette explication peut suffire pour la fracture en dehors de la capsule, qui,

suivant M. Guthrie, présenterait seule l'inversion du pied, à tel point, que ce symptôme serait plutôt un signe de fracture du grand trochanter, dont une portion resterait continue avec le corps de l'os. Mais M. Stanley rapporte, dans le même volume, un cas de fracture intra-capsulaire, offrant la rotation du pied en dedans, et j'en ai vu un moi-même. M. Stanley pense que les portions de capsule qui avaient échappé à la déchirure, à la partie antérieure du col de l'os, avaient probablement empêché la rotation du membre en dehors; mais il ne peut expliquer la rotation du membre en dedans. Je ne puis admettre que l'intégrité de la capsule au devant du col s'oppose à la rotation du membre en dehors, car j'ai vu plusieurs exemples du contraire; mais je ne puis pas, plus que M. Stanley, me rendre compte de l'inversion du pied dans la fracture intra-capsulaire. J'ai vu trois cas de fracture du col du fémur, avec rotation du pied en dedans; dans l'un, la fracture était intra capsulaire. De pareils faits ne peuvent être étudiés avec trop de soin, car on pourrait diagnostiquer à tort une luxation, et l'on a vu les suites d'une telle erreur être fatales.

« Parmi les lésions les plus compliquées de l'articulation de la hanche, dit M. Stanley dans le même mémoire, il y en a une qui, dans certaines circonstances, offre beaucoup de ressemblance avec une luxation du fémur : c'est la fracture du grand trochanter, coïncidant avec une fracture du col du fémur. Toutes les fois que les deux fragmens trochantériens peuvent être mis en contact, on perçoit une crépitation qui permet de porter un diagnostic exact; mais quand, à raison de de la direction de la fracture, une portion du trochanter a été tirée en haut vers l'échancrure sciatique, par la contraction musculaire, on ne peut percevoir aucune crépitation; alors, la portion du trochanter déplacée, ressemble à la tête du fémur; elle occupe la même place que celle-ci, lorsqu'il y a luxation, et si, en même temps, il y a rotation du membre en dedans, la difficulté du diagnos-

tic sera à son comble. » L'observation suivante vient à l'appui de ces considérations.

Patrick Murphy, âgé de 80 ans, entre à l'hôpital de Richmond, le 18 février 1832, pour une lésion de la hanche, causée par une chute, et donnant lieu aux symptômes suivans : Tuméfaction considérable et ecchymose autour de l'articulation; le membre malade était plus court que l'autre de deux pouces; le pied était dans la rotation en dedans; le membre dans l'adduction; une tumeur volumineuse pouvait être sentie dans la fosse iliaque externe, un peu au-dessus de l'échancrure sciatique; cette tumeur ressemblait un peu, pour la forme, à la tête du fémur; le raccourcissement du membre ne pouvait être complètement détruit par l'extension. On pouvait croire à l'existence d'une luxation dans la fosse iliaque externe. Cependant, la cuisse pouvait être fléchie sur l'abdomen, le membre pouvait être ramené en partie à sa longueur naturelle, et lorsque l'extension était supprimée, le raccourcissement se reproduisait à son degré primitif; enfin, la tumeur que l'on sentait sur le dos de l'os iliaque, ne participait point aux mouvemens imprimés à la cuisse. On diagnostiqua, en conséquence, une fracture du col du fémur et des trochanters. Cet homme était atteint du *morbus coxæ senilis;* en effet, depuis long-temps il éprouvait de la douleur dans cette articulation; il boîtait en marchant, et quelque temps avant sa chute, le membre malade était devenu plus court que l'autre. A l'autopsie on trouva une fracture très inégale, en dehors de la capsule, à l'endroit où le col du fémur s'unit au corps de l'os; une seconde fracture avait complètement détaché le grand trochanter qui était augmenté de volume et attiré vers l'échancrure sciatique, emportant avec lui les insertions des muscles pyramidal, jumeaux, obturateur, et une grande partie de celle du grand fessier; une troisième fracture avait séparé le petit trochanter, et avait détruit l'insertion des muscles psoas et iliaque; une substance dure,

polie, éburnée, était déposée autour de la tête du fémur, le long de la circonférence de son cartilage d'encroûtement.

Suivant M. Guthrie, la luxation dans la fosse iliaque externe, celle dans l'échancrure sciatique, et la fracture du col du fémur avec rotation du pied en dedans, se distinguent les unes des autres d'après le degré de cette rotation. Dans le premier cas, l'inversion est complète, le gros orteil repose sur le coude-pied du membre sain; dans le second, la rotation est moins complète, le gros orteil appuie contre la tête du premier métatarsien de l'autre pied; dans le troisième, elle est encore moins complète; le gros orteil est simplement tourné vers celui du côté opposé. Ainsi, le degré de rotation du membre, indiqué par la position du gros orteil, jette quelques lumières sur le diagnostic, qui est encore éclairé par la facilité (sous le rapport de la résistance mécanique), avec laquelle, dans les cas de fracture, on peut porter le pied dans la rotation en dehors, fléchir la cuisse sur l'abdomen, et rendre au membre sa longueur, et enfin, par la comparaison de sa mobilité complète avec l'état de fixité qu'il présente dans les luxations.

L'observation suivante m'a été communiquée par M. Power : Doolan, âgé de 75 ans, entra à l'hôpital de Jervis-Street, dans le service de M. Adams, le 17 février 1831, pour une lésion grave de la hanche. Celle-ci était considérablement tuméfiée; le grand trochanter, qui paraissait avoir deux fois son volume ordinaire, était élevé aussi haut que l'épine iliaque antérieure et supérieure; une excavation considérable existait dans l'aine; le membre était raccourci de quatre pouces; le pied était dans la rotation en dedans; on pouvait le mettre dans la rotation en dehors, mais in complètement, et en provoquant une vive douleur. Si l'on exerçait des tractions sur le membre, et si on lui imprimait un mouvement de rotation, on percevait une crépitation peu distincte. Le malade était tombé le 1.er février sur un monceau

de pierres; sa hanche gauche avait reçu le choc; il avait essayé envain de se relever, et avait été apporté dans cet état à l'hôpital. L'état du membre engagea à questionner le malade sur sa santé antérieure. Tout ce qu'on put apprendre, c'est que depuis plusieurs années il éprouvait de la raideur à la hanche de ce côté; que le membre était devenu de plus en plus court; que bien que boiteux, il n'avait jamais été obligé de s'aliter. Il mourut environ quinze jours après son entrée à l'hôpital. Le grand trochanter était séparé du corps du fémur par une fracture oblique, mais il y tenait encore par un lambeau du périoste. Cette éminence osseuse était considérablement augmentée de volume; la fracture était située de telle sorte que les muscles pyramidal, jumeaux, obturateurs et carré étaient restés attachés au grand trochanter. Le petit trochanter était aussi complètement détaché, et avait emporté avec lui environ deux pouces du tissu osseux du fémur; les muscles psoas et iliaque étaient fixés à ce fragment; le col de l'os était fracturé à sa base. L'intérieur de l'articulation présenta des altérations qui rendaient parfaitement compte des symptômes antérieurs au dernier accident. Une grande quantité de substance osseuse s'était déposée à la base de la tête du fémur; il fallut employer beaucoup de force pour la faire sortir de sa cavité articulaire; le ligament rond avait complètement disparu; le cartilage d'encroûtement était presque entièrement détruit, et avait été remplacé par une substance lisse et polie, semblable à de l'émail ou à de l'ivoire; la tête fémorale elle-même était altérée dans sa forme; elle était plus large qu'à l'état normal, et son sommet était aplati. La cavité cotyloïde avait acquis une capacité anormale; elle était tapissée par une couche de substance semblable à celle qui encroûtait la tête du fémur; on ne trouvait aucune trace du paquet graisseux improprement appelé glande synoviale, et l'excavation où il est logé ordinairement avait disparu complètement. Lorsqu'on

donnait aux fragmens osseux leur position normale, on remarquait que le col du fémur était tout-à-fait horizontal, et qu'à raison de cette disposition et de son augmentation de volume, le grand trochanter était situé au-dessus du niveau de la tête de l'os.

Ce cas offre beaucoup de ressemblance avec celui de Murphy; tous deux pouvaient être pris pour une luxation; le raccourcissement considérable observé dans celui-ci était dû en partie à la direction horizontale du fémur, résultat d'une affection antécédente.

III. Je terminerai ces considérations par quelques réflexions sur la maladie de la hanche dont j'ai parlé dans le cours de ce mémoire, et qui, lorsqu'elle existe, modifie les symptômes qui appartiennent aux diverses lésions de l'articulation coxo-fémorale, et en rend le diagnostic plus obscur. Cette maladie a été désignée par le nom de *morbus coxæ senilis*, pour la distinguer de l'affection scrofuleuse de l'articulation qui a lieu chez les jeunes sujets, et dont elle diffère sous tous les rapports. Elle paraît être la même que celle qui a été décrite par Benjamin Bell sous le nom d'*Absorption interstícielle du col du fémur*. On la voit rarement au-dessous de l'âge de cinquante ans; on la rencontre principalement chez les pauvres ouvriers, d'ailleurs sainement constitués; elle se présente cependant quelquefois dans les hautes classes de la société. Elle débute par de la douleur et de la raideur dans l'articulation; la douleur ne persiste jamais avec intensité; lorsque le malade a marché pendant un certain temps, la raideur se dissipe et l'articulation devient souple; mais vers le soir la douleur augmente, jusqu'à ce qu'elle soit diminuée par le repos de la nuit: la douleur est plus vive dans les temps humides, elle est aggravée par la chaleur. Le membre se raccourcit lentement, et le malade devient boiteux, mais il peut appliquer la plante du pied toute entière sur le sol; les orteils sont tournés en dehors; les vertèbres lombaires acquièrent

une grande mobilité ; la fesse du côté opposé devient saillante ; ses muscles prennent de la force ; tandis que du côté malade la fesse perd de sa proéminence , son pli s'efface ; mais les muscles ne deviennent jamais mous et flasques ; ils restent aussi fermes au toucher que dans l'état sain. Le rachis se recourbe latéralement ; jamais la maladie ne produit la suppuration ni ne met la vie en danger ; la santé générale reste bonne, mais le malade devient irascible. Cette affection n'appartient pas seulement à l'articulation coxo-fémorale , on la trouve quelquefois dans celle de l'épaule. Elle se développe au même âge où l'on voit survenir l'ossification des artères , et l'engorgement du lobe moyen de la prostate , avec lesquels elle coïncide quelquefois.

L'examen de l'articulation permet de reconnaître des altérations remarquables dans tous les tissus qui entrent dans sa composition. Le ligament capsulaire est toujours épaissi ; le ligament cotyloïdien est ossifié , ou a disparu ; le ligament rond est toujours détruit , même à une époque peu avancée de la maladie ; le paquet graisseux , appelé glande synoviale , a disparu ainsi que l'excavation qui le loge ; le cartilage qui tapisse la cavité cotyloïde est détruit , et remplacé par un tissu éburné très-serré ; la cavité elle-même subit des altérations variées de forme et de grandeur ; quelquefois elle a acquis une capacité triple de celle qui lui est naturelle , et est devenue remarquablement aplatie ; d'autres fois , elle a gagné en profondeur sans augmentation de diamètre ; alors il s'est déposé à son pourtour , une substance osseuse qui enclave la tête du fémur , et permet difficilement de la retirer de sa cavité articulaire. Le cartilage de la tête de fémur est également détruit ; dans le commencement de la maladie ; la surface de cette tête osseuse offre un aspect poreux tout particulier , et suivant l'expression de M. B. Bell : « L'os semble percé d'un nombre infini de trons dont le diamètre varie d'un cinquième de ligne à une ligne.

Ces trous, observés attentivement, ne semblent pas pénétrer plus avant que la croûte extérieure de l'os, et sont remplis par les prolongemens du périoste qui enveloppent les vaisseaux du tissu osseux». Mais lorsque la maladie a existé pendant long-temps, cette surface est recouverte par une substance dure, blanche, et polie comme l'ivoire; la tête de l'os a perdu sa forme sphérique; dans les cas récens, elle est simplement aplatie de haut en bas; mais quand la maladie est ancienne, elle augmente beaucoup de volume et suit le développement de la cavité cotyloïde à la forme irrégulière de laquelle elle s'adapte. Le col du fémur est détruit en partie ou en totalité, et la tête s'affaissant dans une direction perpendiculaire au corps de l'os, semble en naître directement. Il se dépose une grande quantité de matière osseuse autour des trochanters; « ce qui fait paraître la partie inférieure du col de l'os comme enfermée dans une gaîne osseuse, qui est quelquefois d'un tissu spongieux, quelquefois d'un tissu très-serré, et présente une surface irrégulière, stalactiforme. C'est cet état de l'os qui peut faire croire à l'existence d'une fracture du col du fémur». (Bell, *On Diseases of the Bones;* p. 95). Une section verticale pratiquée sur un os ainsi altéré fait reconnaître une disposition qui ressemble beaucoup à celle qui serait produite par une fracture du col, et je suis convaincu que souvent on a commis cette méprise. Quand la maladie a son siège dans l'articulation scapulo-humérale, l'épaule semble aplatie et le long tendon du biceps est détruit. Il est impossible de confondre cette maladie avec l'affection scrofuleuse de la hanche, car elle a lieu à un âge avancé, elle ne donne jamais lieu à la suppuration; il n'y a jamais luxation, elle ne s'accompagne d'aucun trouble constitutionnel, ne met jamais la vie en danger, s'amende peu sous l'influence du traitement; et le malade quoique boiteux pose le pied à plat sur le sol.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1.° Moins le raccourcissement du membre est considérable, plus on est fondé à croire que la fracture est intra-capsulaire.

2.° Le raccourcissement, dans la fracture intra-capsulaire, varie d'un quart de pouce à un pouce, et d'un pouce et demi à deux pouces et demi, dans celle qui est en dehors de la capsule.

3.° Le membre peut conserver sa longueur pendant plusieurs semaines après l'accident, et se raccourcir subitement après ce laps de temps.

4.° Cette rétraction subite, à une époque plus ou moins éloignée de l'accident qui a produit la fracture, indique la fracture intra-capsulaire.

5.° L'existence du *morbus coxæ senilis* peut non seulement faire diagnostiquer une fracture lorsque l'os n'a éprouvé aucune solution de continuité, mais encore, lorsque la fracture est incontestable, rendre difficile à décider quel est son siége relativement à la capsule.

6.° La rotation du pied en dehors peut coïncider avec une fracture intra-capsulaire.

7.° La lésion qui peut être le plus facilement confondue avec une luxation du fémur, dans la fosse iliaque externe, c'est la fracture des trochanters avec rotation du pied en dedans.

8.° Le raccourcissement, quand la fracture est intra-capsulaire, dépend principalement de l'étendue de la déchirure qu'a soufferte le périoste fibreux réfléchi du col.

9.° Une contusion violente de la hanche, chez un sujet atteint depuis long-temps de la maladie propre aux vieillards, se distingue de la fracture du col, par l'impossibilité de rendre au membre sa longueur normale à l'aide de l'extension, et par les renseiguemens sur l'état antérieur de l'articulation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie, Anatomie pathologique.

Anastomose entre la veine porte et la veine cave inférieure; *par le professeur Retzius, de Stockolm.* — Au printemps de 1832, étant occupé à faire des préparations d'injections des veines pour un cabinet d'anatomie, je trouvai plusieurs branches veineuses venant du duodénum, du colon descendant et du rectum, qui se réunissaient à la veine cave inférieure. Chez un sujet mâle, de 5 ans, qui avait été scrofuleux, ayant posé une ligature sur le tronc de la veine porte, à son entrée dans le foie, j'injectai le dessous de la ligature; je poussai dans la veine cave inférieure, une injection d'une autre couleur. En préparant les veines injectées, je vis de petites branches qui, partant du duodénum, allaient s'ouvrir dans le tronc de la veine cave inférieure; d'autres branches communiquaient entre le colon descendant et la veine rénale gauche; je vis aussi des branches veineuses se diriger entre le rectum et les plexus veineux spermatiques; celles-ci étaient les plus fortes et les plus volumineuses. Les injections de couleurs différentes qui remplissaient la veine porte et la veine cave inférieure, me permirent de distinguer avec précision ces anastomoses. J'ai répété les mêmes injections sur les cadavres de trois enfans du même âge, et avec le même succès. Un examen plus attentif me fit découvrir, dans le tissu cellulaire de la surface externe du péritoine, un plexus très-serré de réseaux veineux très-fins. Les branches auxquelles aboutissaient ces réseaux, communiquaient avec la veine cave inférieure et la veine porte; quand le péritoine est transparent et frais, on peut découvrir les plus grosses de ces branches à l'œil nu. Les injections heureuses permettent de voir ces vaisseaux, communiquant à la surface postérieure des enveloppes de l'abdomen avec les veines du colon descendant. Elles s'anastomosent aussi avec les veines rénales, avec les branches des veines du bassin et avec d'autres veines qui se rendent dans la veine cave inférieure.

Il résulte de ces faits, qu'il existe entre la veine porte et la veine cave inférieure, une communication qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été observée; cette communication peut, dans les injections heureuses, être poursuivie jusque dans les ramifications les plus fines, les valvules ne formant pas toujours un obstacle au passage du liquide injecté; et il m'est même arrivé, dans quelques cas, d'injecter les veines du rectum par la veine cave. La masse avait passé de la veine

cave dans les plexus veineux des membranes celluleuses et musculeuses, tandis que la masse poussée dans la veine porte avait pénétré dans le plexus veineux de la membrane muqueuse de cet intestin. J'ai observé la même disposition dans le duodénum et dans quelques parties du colon. Il est très-probable que les mêmes communications existent chez tous les mammifères, et M. Jacobson l'a déjà constaté chez plusieurs. Les anastomoses nombreuses des plexus du péritoine expliquent comment l'état inflammatoire de cette membrane et des intestins peut être modifié par l'application de sangsues et de ventouses. En effet, au moyen de ces communications, les émissions sanguines évacuent les branches de la veine porte. (*Allgemeine Medicinische Zeitung*, *février* 1834 *p.* 21.)

Ossification de plusieurs muscles; *par le docteur Rogers.* — Un garçon, âgé de 13 ans, qui s'était toujours bien porté, sentit peu à peu sa santé se détériorer sans cause appréciable. Le premier symptôme fut la perte des mouvemens des bras. Le bras droit devint fixé contre la partie latérale du tronc, et la tête s'inclina sur le sternum. A cela près, les fonctions s'accomplissaient naturellement. Une exploration attentive fit reconnaître que le muscle grand pectoral était ossifié dans sa portion supérieure; le sterno-mastoïdien était aussi ossifié. Dans ces deux endroits, la substance osseuse formait des inégalités très-prononcées. Le dos offrait de nombreuses bosselures, produites par des points d'ossification répandus en plus ou moins grande quantité à tous les muscles qui s'insèrent au scapulum. Les muscles très-large du dos et long dorsal, avaient subi la même transformation; le dernier figurait une espèce d'attelle. On soumit le jeune malade à diverses médications destinées à combattre la formation anormale de substance osseuse, mais sans succès. Il est digne de remarque que les dépositions osseuses changèrent un peu de place, de telle sorte que la tête reprit son attitude naturelle. Le malade mourut peu de temps après. On trouva les muscles ossifiés à un degré considérable; mais les viscères ne présentèrent aucune altération, sauf un engorgement des glandes mesentériques. Il s'était formé des abcès dans les côtes et près de l'articulation de la hanche. (*Dublin Journ.*, N.° 17.)

Il est à regretter que cette observation n'ait pas été faite avec plus de détails; nous la donnons telle qu'elle a été imprimée dans le journal étranger, et en lui laissant la valeur qu'elle peut avoir malgré son extrême concision.

Pathologie.

Sur la simultanéité et la marche des maladies de nature diverse : *Obs. de variole chez un individu syphilitique*; *par le docteur Filesius, à Leipzig.* — Les cicatrices que laissent à leur suite les maladies éruptives, sont tantôt par elles-mêmes le siége d'une irritation générale,

et d'un autre côté sont les parties les plus disposées à répondre à une cause d'irritation, et les maladies ultérieures semblent affecter pour ces points une prédilection spéciale, et y développent même dans quelques circonstances des condylomes, sarcomes, etc., etc.

John Hunter, dans son livre sur les maladies vénériennes, dit : « Il n'existe pas de gale syphilitique ni de syphilis scorbutique. » Deux influences ne peuvent régner simultanément dans le même corps ; deux fièvres ne peuvent co-exister dans le même individu, ni deux maladies locales affecter dans le même moment une partie. La ressemblance qu'offrent les formes endermiques de la syphilis avec le scorbut, a été la source de l'erreur dans laquelle on est tombé, en croyant que ces deux maladies co-existaient dans le même point. Le scorbut et la syphilis ont tous deux une tendance à déterminer des éruptions sur le derme, quand celui-ci offre quelque cause prédisposante, ce qui arrive plus souvent dans certaines parties du corps que dans d'autres. La même personne peut en même temps avoir la syphilis et la variole; c'est-à-dire, la syphilis peut avoir envahi les parties qui lui offrent le plus de prédispositions, tandis que la variole s'empare de celles qui sont restées libres. Mais si les deux maladies étaient la conséquence de fièvres, et si chacune d'elles s'est développée à-peu-près dans le même temps à la suite de la fièvre, il n'est pas possible que les deux fièvres déterminent en même temps des éruptions, pas même dans des parties différentes, car les deux fièvres qui auraient précédé les éruptions ne pouvaient exister simultanément.

Ce qui précède me suggère naturellement les questions suivantes :

Le non succès de l'inoculation de la variole, et l'inefficacité de sa vertu préservatrice, ne proviendraient-ils pas de ce qu'au moment de l'inoculation la présence de quelqu'autre maladie s'opposait à l'inoculation de toute autre maladie? Les grandes variations que l'on a observées dans le temps qui s'écoule entre le moment où agit la maladie et l'apparition de cette dernière, ne tiendraient-elles pas souvent à cette circonstance? Par exemple, dans le cas où une personne étant inoculée, la plaie ne s'enflammerait que quinze jours après, ce phénomène ne dépendrait-il pas de l'existence de quelqu'autre maladie au moment de l'inoculation? Ne pourrait-on pas expliquer de la même manière la guérison de plusieurs maladies ; par exemple, l'interruption ou la guérison d'une blennorrhagie à la suite d'une fièvre ?

Je tâcherai de rendre cette doctrine plus claire en exposant un des cas nombreux que j'ai observés dans ma pratique. Le 16 mars, j'inoculai un enfant de la variole, et l'on fit la remarque que je fesais des incisions très-grandes. Le 19, l'absorption du virus semblait se manifester par un peu d'inflammation, de rougeur et de tuméfac-

tion sur les plaies d'inoculation. Le 20 et 21 l'enfant eut un peu de fièvre qui cependant n'était pas la fièvre varioleuse; car l'inflammation n'avait pas fait de progrès depuis le 19.

Le 22, il se manifesta une éruption considérable, mais c'était la rougeole, et l'inflammation des points d'inoculation diminua. Le 23, l'éruption morbilleuse était complète, et les points d'inoculation restèrent dans le même état que les jours précédens. Le 25, les taches morbilleuses commencèrent à disparaître, et le 26 et 27 les points inoculés s'enflammèrent. Le 28, cette inflammation augmenta, et il s'y était formé un peu de pus. Le 30, la fièvre s'y ajouta; les pustules varioliques purulentes parcoururent leurs phases ordinaires, et se terminèrent heureusement.

On observe aussi de la même manière que la maladie vénérienne se manifeste plus ou moins long-temps après l'inoculation. Cela ne dépendrait-il pas de la même cause? Trois individus se sont exposés à la contagion le même soir dans le même lieu; chez l'un d'eux il se forme au bout de huit jours un chancre; le même symptôme se manifeste chez le second après quinze jours; mais chez le troisième qui, pris de vin, était resté couché sur la terre dans l'humidité, il se développa dès le lendemain une fièvre violente avec angine inflammatoire, et seulement trois semaines plus tard après, sa complète guérison, il fut atteint, non pas de chancres, mais d'une blennorrhagie et de bubons. — Le cas suivant semble appartenir à la même classe. Charlotte P., de Leipzig, âgée de 21 ans, fut admise le 3 juillet dans l'hôpital Saint-Jacques, avec une éruption variolique très-forte, et qui était déjà en voie de guérison. Après quinze jours de traitement les taches varioliques se développèrent sur quelques points à la hauteur d'un quart de pouce. Les symptômes antérieurs de syphilis, et l'apparence condylomateuse de ces excroissances ne laissaient que peu de doute sur leur nature syphilitique. (*Allgemeine Medicinische Zeitung*, N.° 11, fév. 1834).

Phlegmasia cœrulea dolens; *par le docteur Stokes*. — Une femme de moyen âge fut prise, trois semaines après ses couches. des symptômes d'une péritonite intense, qui exigea l'emploi des moyens les plus actifs. A la péritonite, succéda un état de prostration extrême, et au bout de quelques jours, il se développa une bronchite générale, assez grave pour laisser peu d'espoir de sauver la malade. Il fut nécessaire, après les premiers jours de cette affection, de recourir largement aux stimulans, tels que le vin, la décoction de senéga avec le carbonate d'ammoniaque, les vésicatoires sur la poitrine. L'affection pulmonaire céda peu à peu, et la malade paraissait convalescente, lorsqu'elle éprouva, tout-à-coup, pendant la nuit, une vive douleur dans la jambe gauche; le matin, le membre malade était le siège d'une *phlegmasia dolens* générale aiguë, sauf la couleur. Le membre, à partir de l'aîne,

était universellement et uniformément tuméfié ; il était chaud, élastique, excessivement sensible et privé de mouvement ; les ganglions inguinaux étaient peu ou point tuméfiés ; la veine saphène n'offrait point d'une manière appréciable l'apparence d'un cordon, mais le membre était d'une couleur bleue foncée, presque noire dans quelques endroits, et plus ou moins marbré. Cette coloration était générale, et présentait un contraste frappant avec le reste du corps. La malade fut traitée par les sangsues et par le calomel et l'opium ; ses forces furent soutenues par quelques bouillons nourrissans. La coloration anormale du membre disparut au bout de quelques jours, et la guérison fut rapide et complète. On remarqua que, dans les premiers jours de l'affection, les battemens de l'artère crurale n'étaient pas perceptibles dans l'aîne, mais ils reparurent quand la tuméfaction se dissipa. (*Dublin Journal*, N.° 17).

Thérapeutique.

De l'emploi du sulfate de cuivre contre le croup; *par le docteur Droste, d'Osnabruck.* — Les louanges données par le docteur Hoffmann, de Darmstadt, en 1821, dans le Journal de médecine pratique de Hufeland, au sulfate de cuivre contre le croup, et répétées, en 1826, dans celui de Harless, déterminèrent le docteur Droste à en faire l'essai. Il y a plus de sept ans qu'il a commencé ces expériences ; depuis lors, il n'a employé aucun autre moyen interne, et, ce qui pourra surprendre, il n'a pas perdu pendant ce long espace de temps, un seul malade. Il est vrai que plusieurs d'entre eux n'étaient pas dangereusement attaqués. Il assure qu'il a été lui-même souvent surpris de la promptitude avec laquelle les symptômes alarmans étaient, en quelque sorte, emportés après l'administration de ce sel. Il est loin de reconnaître au calomélas l'efficacité que lui ont attribuée plusieurs praticiens distingués. Le premier reproche qu'il lui adresse, c'est d'agir avec trop de lenteur ; le second, c'est son action générale sur le système lymphathique ; quand on est obligé de l'employer à fortes doses ; où ce qui arrive fréquemment, d'y avoir plusieurs fois recours, ou bien d'en prolonger l'usage. Dans ce dernier cas, dit-il, il rend la fibrine du sang moins plastique ou plus aqueuse, les enfans deviennent cacochymes, cachectiques, etc. Le croup doit son existence à une irritation inflammatoire de la membrane muqueuse des voies aériennes ; la sécrétion abondante d'une lymphe ou mucus susceptible de s'organiser en fausse membrane, qui se moule sur la muqueuse laryngienne et trachéale, est le résultat de cette inflammation. Quelle que soit du reste, la théorie que l'on adopte, le but thérapeutique est trop clairement indiqué pour que l'on ne soit point d'accord sur ce point. En effet, la première indication à remplir, c'est d'éloigner du malade le danger que lui font courir les accès d'étouffement ; et l'on n'a

rive à ce but qu'en débarrassant les voies aériennes du mucus qui les remplit, ou de la fausse membrane qui les tapisse. On n'obtient point ce résultat avec le calomélas, sans employer en même temps ses coadjuvants ordinaires, tels que les émissions sanguines, les vomitifs, les rubéfians, les vésicans, etc., tandis que le sulfate de cuivre réussit seul, dans un grand nombre de cas. Une dose entière de ce sel produit immédiatement, ou au bout de quelques minutes, un fort vomissement qui détache avec force la totalité des fausses membranes, et pour peu que la dose ait été suffisante, on n'est point forcé d'en administrer une seconde; les autres vomitifs, au contraire, quand on les donne à une dose un peu forte, occasionnent souvent une hypérémèse, leur action se continue long-temps, ils donnent naissance à des diarrhées inutiles, souvent dangereuses, et, dans aucun cas, n'agissent d'une manière aussi efficace que le sulfate de cuivre. A petite dose, le vitriol bleu entretient un léger malaise qui se termine par une transpiration abondante ou par des vomissemens qui achèvent de détacher le reste de l'exsudation plastique que l'on entend vaciller dans la trachée et les bronches. Alors, la voix s'éclaircit, et la respiration devient plus facile.

Weinhold admet que le cuivre, à petite dose, c'est-à-dire à une dose trop faible pour provoquer des vomissemens, n'exerce aucune influence délétère sur l'organisme, tandis qu'il devient dangereux quand le vomissement suit son administration. La proposition contraire paraît être la vraie; car, à petite dose, il est absorbé, et fait naître peu à peu le danger, surtout si l'organisme n'est pas encore accoutumé à résister à l'influence ennemie du monde extérieur; à moins, toutefois, qu'il ne soit administré à dose homéopathique. Dans ce cas, il ne fait certainement aucun mal, mais il ne fait pas de bien non plus, *parce que chez l'enfant la foi est encore inactive*. M. Droste n'admet pas, avec le docteur Hoffmann, que l'emploi du sulfate de cuivre puisse toujours dispenser d'avoir recours aux sangsues; cela n'est vrai que quand la maladie est peu grave, ou prise tout-à-fait à son début. Autrement, il en fait appliquer un nombre proportionné à l'âge du malade et à la gravité de la maladie. Voici, du reste, le mode de traitement suivi par M. Droste, dans six cas de croup dont il donne les détails en terminant son mémoire.

Obs. Ire. — Un enfant de 2 ans, du sexe masculin, bien portant, cheveux blonds, yeux bleus, après avoir toussé pendant plusieurs jours, est pris du croup le 25 mai 1832. Voix rauque, toux sifflante vers le soir; mouvemens respiratoires très-fréquens, tête inclinée en arrière; apyrexie, soif nulle. (sulfate de cuivre, gr. ij, sucre de lait un demi scrupule, à donner en une seule fois). Un fort vomissement suit presque immédiatement l'administration de cette poudre. Diminution notable de l'enrouement et de la dyspnée; mieux marqué. (sulfate de

cuivre, un demi-grain de deux en deux heures, pourvu que l'enfant ne dorme pas). Du malaise, un léger vomissement, de la transpiration, et enfin un état de calme suivirent cette médication. Le jour suivant, un quart de grain de sulfate de cuivre de temps à autre. Le soir de ce même jour, 26 mai, le mal revient avec une nouvelle fureur. Enrouement soudain, toux saccadée et caractéristique, fièvre, yeux brillans, hagards, peau chaude, aux joues en particulier; dyspnée, anxiété notable, agitation. Le malade portait la tête en arrière, comme pour donner à l'air un plus libre accès dans la trachée artère; il manifestait de la douleur à la pression du larynx. (5 sangsues au col; après qu'elles seront tombées, on donnera, sulfate de cuivre, gr. ij). La séparation de la fausse membrane en masse suit de près l'administration du médicament. Je recommande d'entretenir l'écoulement du sang au moyen de cataplasmes de farine d'avoine. D'heure en heure, on donnera un quart de grain de sulfate de cuivre. Un lavement, le 27; la guérison n'est pas complète, mais le malade est beaucoup mieux. On prescrit ℞ sulf. de cuivre, gr. ij; poudre de digitale pourprée, gr. j; sucre de lait, ℈ jv. Faites une poudre, et divisez en 8 parties égales; on en donnera une de deux en deux heures. On placera, en travers, sur le col, l'emplâtre suivant : Etendez, sur un morceau de peau de la largeur et de la longueur du doigt médius, une quantité suffisante d'emplâtre à vésicatoire ordinaire. Le 28, je le trouvai beaucoup mieux, et le 29, à l'exception d'un peu de toux, il était entièrement rétabli.

Obs. II.e — Une enfant de 13 mois, du sexe féminin, blonde, ayant de l'enrouement, se réveille avec une toux sèche croupale. Aggravation des symptômes; voix de plus en plus rauque, toux sifflante, agitation, pleurs, inclinaison de la tête en arrière; mouvemens spasmodiques des bras, joues brûlantes, fièvre; pulsations des carotides visibles, bouche très-sèche. On prescrit une application de sangsues; mais, à cause des mouvemens continuels de l'enfant, il n'y en a eu que trois qui prirent. (sulfate de cuivre à dose vomitive), qui fait rejetter beaucoup de mucus; amélioration instantanée des symptômes (sulfate de cuivre, un demi grain de deux en deux heures.) Chaque dose produit un vomissement; en conséquence, on n'en administre plus tard qu'un demi gr. Sueur générale, calme, sommeil tranquille, le reste du jour se passe tranquillement. Les piqûres de sangsues continuent de saigner toute la nuit; on ne peut les arrêter, le lendemain, que par l'application du parchemin. Un lavement le soir, l'enfant n'ayant point eu de selles depuis la veille. Plus de traces de la maladie, à l'exception d'un peu de toux. Le 26 novembre, afin d'arrêter la transpiration qui continuait, et de relâcher un peu le canal intestinal, on recommande l'usage du vin antimonié de Huxham.

Obs. III.e — Un enfant de 22 mois, du sexe masculin, actif, gai,

bien portant, enrhumé et toussant depuis quelques jours, est pris, tout-à-coup, le 14 janvier 1833, d'enrouement, d'angoisse, d'orthopnée; toux rauque et sonnante. (sulfate de cuivre, gr. ij, sucre de lait, ℈ s.) Expulsion d'une masse de mucus consistant; respiration plus facile, voix plus claire, sommeil tranquille. Le lendemain, le croup avait disparu; il restait un peu de toux catarrhale contre laquelle on prescrivit: sous-carbonate d'ammoniaque, ℈ jj, eau de fenouil ℥ vi, extrait de jusquiame, gr. vi, tartre stibié, gr. ß, émulsion simple, ℥ j, à prendre par cuillerce de deux heures en deux heures; plus tard, potion de Rivière et sirop de manne. Rétablissement complet. Récidive légère, le 7 et le 9 février, qui disparaît après quelques prises de sulfate de cuivre, à la dose de gr. un quart.

Obs. IV.[e] — 11 ans, sexe masculin, s'éveille le matin du 20 mai 1833, avec de la dyspnée, une toux sèche, rendant un son rauque et sifflant. Douleur et chaleur dans la trachée-artère, pouls dur. Il était, depuis quelques jours, déjà enroué; il avait eu cette maladie quelques années auparavant. On appliqua six sangsues sur le col, et l'on administra : sulfate de cuivre, gr. iij, qui provoquèrent, en un clin-d'œil, plusieurs vomissemens muqueux. Cataplasme chaud sur les piqûres de sangsues. Trois doses de sulfate de cuivre, d'un demi-grain chacune, sont administrées avant la moitié du jour; guérison complète

V.[e] Obs. — L'enfant qui fait le sujet de la première observation, âgé maintenant, 6 juin 1833, de trois ans et quelques mois, était enrhumé depuis quelques jours, sans toux, lorsqu'il fut pris d'enrouement, d'aphonie, avec respiration sifflante, toux rare, mais rauque; dyspnée, joues rouges, chaleur, agitation, cris, accès d'étouffement, soif considérable. La plus légère pression exercée sur la trachée lui fait pousser un grand cri. Pouls dur, 130 pulsations par minute. (Quatre sangsues, gr. ij sulfate de cuivre). Un vomissement amène un soulagement sensible. (Un quart de grain de sulfate de cuivre d'heure en heure). Entretenir l'écoulement du sang par les piqûres des sangsues, au moyen de cataplasmes souvent renouvelés. Quelques vomissemens pendant la nuit du 6 au 7; sueur vers le matin, heure à laquelle il s'endort; sommeil tranquille jusqu'à huit heures. La respiration sifflante et la toux canine avaient disparu avant son sommeil, durant lequel il avait toussé de temps à autre, sans cependant s'éveiller. Chaleur brûlante générale, pouls très-vite. De huit heures à midi, convulsions, perte de connaissance fièvre intense, yeux roulans dans leurs orbites, soubresauts des avant-bras; paraît insensible à tout ce qui l'environne; il est tranquille et ne profère pas un seul mot. Respiration facile, toux naturelle. Point de selles depuis vingt-quatre heures. (Infusion composée de séné, ℥ ij; nitrate de potasse, ʒ i; extrait de réglisse, ʒ j; une cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure; un lavement le

plus tôt possible). Dans le milieu de la nuit une selle copieuse suivie d'une amélioration sensible. Diminution du mouvement fébrile à la suite d'une transpiration très-abondante, (Potion de Rivière, sirop de pavots, ana ℥ ij; vin antimonié de Huxham, ʒ j., une demi-cuillerée à bouche d'heure en heure). Le 8, encore un peu de fièvre. Le 9, elle a cessé. Pour compléter la guérison on prescrit : sirop de framboisier, de manne, de chaque ℥ ij, sel de Seignette, ʒ ij; une demi-cuillerée à bouche d'heure en heure.

VI.e Obs. — Le malade qui fait le sujet de la IV.e observation, eut, le 11 juin 1833, une nouvelle attaque de croup qui surpassait de beaucoup en gravité celle du 20 mai. Il était sans fièvre; point de symptômes de congestion vers la tête, mais il avait la voix la plus croupale que j'aie jamais entendue. Sentiment de chaleur accompagnée de gonflement à la région laryngienne; respiration très-bruyante, dyspnée considérable approchant de la suffocation; intelligence intacte. Le jeune malade se fit appliquer lui-même six sangsues, et prit trois grains de sulfate de cuivre. On prescrivit un demi-grain de cette même poudre à prendre de deux en deux heures. Après avoir pris deux doses d'un demi-grain, la maladie se trouva complètement enrayée. (♃ Esprit de Mendérérus, sirop de framboise, ana ℥ j; eau de framboise, ℥ jv; vin antimonié de Huxham, ʒ j. Une cuillerée à bouche à prendre de deux en deux heures). Rétablissement complet. (*Heidelbergische Klinische Annalen*, 10 ter. Band 2 ter. 1834).

Il est à regretter que le docteur Droste ait cru devoir ne rapporter que ce petit nombre d'observations parmi le grand nombre de faits qu'il dit avoir recueillis. La ressemblance de tous ces faits, qu'il allègue pour se dispenser de les citer, ne devait pas l'empêcher d'en indiquer le nombre, d'en donner l'analyse. Par là on eût appris combien de fois l'administration du sulfate de cuivre a réussi; combien de fois on a échoué. Car on ne peut pas supposer que le remède ait été toujours infaillible dans une aussi terrible maladie que le croup. Du reste, nous devons émettre ici plus que nos doutes sur l'existence de cette affection dans tous les cas cités par le docteur Droste, et à plus forte raison dans ceux qu'il n'a pas rapportés. Il n'y a que la première observation dans laquelle il soit question de fausses membranes qui seules, comme on le sait, peuvent caractériser le croup. Encore la manière dont l'auteur s'exprime à ce sujet laisse-t-elle dans quelque incertitude. Dans la deuxième observation et dans la troisième, on parle seulement de vomissemens de mucus épaissi, et dans les trois dernières, la nature des matières vomies ou expectorées n'est pas indiquée. Il n'est pas fait mention de l'aspect de l'arrière-gorge où se montre si souvent la production pelliculaire, ni de l'état des glandes du cou, dont l'engorgement accompagne presque tou-

jours l'angine pseudo-membraneuse. L'auteur ne paraît pas au courant des travaux qui, en France, ont éclairé l'histoire de ce genre de maladie, des travaux de MM. Bretonneau, Guersent, etc. Sans prétendre que aucun des enfans traités par le docteur Drost n'ait eu le croup, ou n'eût pu l'avoir; sans prétendre que la marche de cette affection n'ait pu être enrayée chez quelques-uns de ses malades par la médication qu'il a mise en usage, toujours est-il certain que ses observations ne suffisent pas pour démontrer l'efficacité de cette médication dans le croup confirmé. Elles n'ont réellement de valeur qu'en tant qu'on les considère comme représentant un autre état pathologique des voies aériennes. Il est probable que la plupart n'étaient que des *laryngides striduleuses* ou *faux-croups*, que M. Guersent a si bien signalés dans son art. *Croup*, du *Dictionnaire de Médecine*, en 21 vol.

Iléus guéri par des moyens mécaniques ; *par le docteur Antonio Bonati*. — Joseph Barinetti, d'une constitution saine et robuste, habituellement bien portant, fut pris, le 15 mars 1834, au milieu de violens efforts de vomissemens, d'une douleur très-vive à la région iliaque droite. Cette douleur s'accrut en peu de temps au point qu'il lui fut impossible de rester debout. Transporté chez lui, on lui administra une once et demie d'huile du ricin qui fut vomie à l'instant avec les alimens du repas précédent. Appelé auprès de lui quelques heures après l'accident, je le trouvai dans l'état suivant : Traits déprimés ; sensation de nausées ; douleur modérée à l'abdomen, mais s'exaspérant par la pression, surtout à la région iliaque droite; le cordon spermatique et le testicule du même côté étaient devenus tout à coup douloureux et tuméfiés; peau humide; pouls très-petit et sans fréquence. (Émulsion avec l'huile de ricin ; lavement émollient ; cataplasme émollient sur l'abdomen et sur le testicule ; saignée de quatorze onces). Dans la soirée, la soif s'alluma, les douleurs continuèrent, les vomissemens se reproduisirent, il eut quelques hoquets; les lavemens restèrent saus effet; le sang tiré de la veine n'offrait point de couenne inflammatoire. Ces symptômes persistèrent les jours snivans avec quelques variations. Dans la soirée du 3e jour, le ventre se météorisa ; les matières vomies étaient vertes et très-acides. Dans la nuit du même jour, le sang tiré de la veine présenta pour la première fois une légère couenne. Des sangsues furent appliquées sur l'abdomen ; le malade fut plongé dans un bain. Tout fut sans résultat. Le 4.e jour, le malade eut deux vomissemens de matières noirâtres, fétides, au milieu desquelles on trouva un lombric. Le hoquet augmentait d'intensité; la soif persistait. Langue humide, légèrement rouge ; nausées ; douleur à la région iliaque droite peu intense; météorisme ; urines normales ; peau sèche ; pouls fréquent, très-petit, véritablement abdominal ; une nouvelle saignée donna un sang légèrement couenneux. (Glace en morceaux par la bouche ; boissons à la glace ; application de glace sur le ventre : lavemens

d'eau froide et de lait). Dans la nuit du 5e jour il y eut deux vomissemens de matière noire, fétide, évidemment stercorale. Dans l'après-midi, aucune amélioration ne se manifestant, on administra un lavement de tabac qui produisit en quelques minutes, une évacuation abondante de matières noires, dures, moulées. Une heure après, un nouveau lavement produisit une nouvelle évacuation peu abondante de matières liquides, noirâtres et très-fétides. Dans la soirée, le malade éprouvait une agitation qui le forçait de se mouvoir à chaque instant. Les nausées avaient disparu, la soif était sensiblement dimiuuée; les hoquets étaient plus rares; le météorisme et la douleur avaient diminué; le pouls était fréquent et moins petit; le testicule était revenu peu à peu à l'état normal, et on trouva un liquide accumulé dans le scrotum. (Bain de 2 ou 3 heures; émulsion d'amandes amères avec 20 gouttes de laudanum; lavement de tabac). Le malade resta dans le bain pendant cinq quarts d'heure; lorsqu'on le transporta dans son lit, il fut pris de contraction spasmodique des muscles extenseurs du cou, du dos et des membres inférieurs, avec perte de connaissance; ces symptômes disparurent peu d'instans après qu'il eut été couché. La nuit fut très-inquiète; la soif étant éteinte, le malade refusa les boissons et la glace; les vomissemens reparurent; le lavement de tabac, donné le matin, augmenta les hoquets jusqu'à ce qu'il eût été rendu, n'entraînant avec lui que peu de matières stercorales; la figure était hippocratique; le pouls était très-fréquent et misérable. Voyant que la maladie résistait à tous les moyens, nous résolûmes d'employer l'hydrobale. (Pompe aspirante et foulante puisant l'eau par une ouverture inférieure, et la poussant par un jet continu dans un tube de cuir terminé par une canule conique qui s'introduit dans le rectum).

Le malade étant couché sur le côté droit, on lui injecta par le rectum trois grandes bouteilles de décoction de son. On s'arrêta, quand la respiration fut devenue courte et fréquente, que le malade accusa une sensation de suffocation, et que le pouls fut presque imperceptible. Peu de temps après le malade rendit à peu près un tiers de la décoction, sans amendement dans les symptômes, ni même dans l'état de la respiration. Des frictions huileuses sur l'abdomen restèrent sans effet. Le soir, la figure était abattue; les hoquets et la douleur étaient plus intenses; la respiration était plus courte; le ventre distendu et dur; le pouls très-fréquent et très-petit. Le sang tiré de la veine le matin était encore couenneux.

En désespoir de cause, je me décidai à employer le mercure à l'état métallique. Le malade en avala une once et demie. A l'instant même se déclarèrent les symptômes les plus alarmans : anxiété générale; respiration haletante; hoquet violent et sans rémission; pouls imperceptible. Ces symptômes furent de peu de durée; tout à

coup à la suite d'un borborygme intense, causé par un mouvement antipéristaltique de tout l'intestin, le malade vomit la décoction de son, qui avait été injectée par le rectum à l'aide de l'hydrobale. A partir de ce moment, les symptômes s'améliorèrent manifestement, et ne s'exaspérèrent point par l'administration du mercure qui fut donné deux autres fois à une demi-heure d'intervalle.

Le lendemain 7.e jour de la maladie : la nuit fut tranquille ; hoquets très-rares ; la soif reparut ; avant huit heures du matin, le malade avait eu trois selles spontanées. Les matières de la première étaient pultacées, noirâtres ; celles de la troisième étaient peu abondantes, troubles, liquides, de couleur rosée. Le malade fut traité ensuite par les saignées et les purgatifs. Tous les symptômes s'amendèrent peu à peu, et le 19e jour après le début des accidens, le malade était guéri. (*Annali universali di medicina*; octobre et novembre 1834).

Iléus terminé par la guérison; *obs. par le docteur Behr.* — Une femme âgée de 70 ans, qui avait mené une vie peu régulière, et qui faisait un usage excessif d'alimens peu digestibles, avait eu, huit jours avant le 2 décembre 1828, époque où je la vis, des coliques violentes accompagnées de strangulation et de vomissemens d'un mucus visqueux. Un laxatif qu'elle n'avait pris qu'en partie ne rémédia que très-peu à la constipation qu'elle éprouvait. Le ventre était très-tendu, et la pression la plus légère était insupportable principalement à la région de l'estomac. Elle n'avait pas eu de selles, et depuis quelques jours elle vomissait toute espèce d'alimens. Pouls très-petit et fréquent; extrémités froides; langue sèche; soif intarissable; insomnie. On chercha vainement l'existence de quelque hernie. (Six sangsues à l'épigastre, frictions avec l'onguent d'althæa ; camphre, opium et huile de croton; pulpe de tamarin avec tartrate de potasse; eau de mélisse).

Le 3 décembre, point d'amélioration ; le soir, vomissemens de matières fécales ; refus de tout aliment, refus de supporter même les frictions. La malade prend un peu d'eau-de-vie et du café très-fort. Le 4 décembre, refus d'ingérer quoi que ce soit; la malade se plaint de l'odeur insupportable des matières qu'elle vomit. (Mélange de deux parties d'eau de Seltz pour une partie de vin avec un peu de sucre. Il y a eu un peu de sommeil dans la journée, puis des vomissemens considérables de matières fécales. Les 5 et 6, l'état de la malade s'aggrave, langue sèche et brune; pouls de plus en plus petit, à peine sensible, offrant par fois des interruptions; extrémités très-froides; abdomen ballonné; toujours douloureux; facies hippocratique. (Eau de Seltz).

Le 7 décembre à trois heures du matin, au moment où on s'attendait à voir expirer la malade d'un instant à l'autre, il survint un

gargouillement très-bruyant dans l'abdomen, suivi bientôt d'une selle très-abondante. A mon arrivée je trouvai la malade sans connaissance, et ceux qui l'entouraient ne s'étaient pas aperçus de l'évacuation qui avait eu lieu; néanmoins le pouls s'était un peu relevé, et les mains avaient recouvré un peu de chaleur. La femme revint un peu à elle-même, mais à cause de sa grande prostration elle ne put proférer aucune parole. (Cuillerée d'infusion de valériane avec éther acétique, et sirop d'écorce d'orange). Le soir, les vomissemens ne reparurent pas, et la malade eut quelques heures de sommeil. Le 8 décembre, les selles continuent, et le soir elles consistent dans une émission involontaire de matières aqueuses et sanguinolentes, ce qui cause à la malade un profond épuisement. (Laudanum de Sydenham, un scrupule). Le 9 et le 10 se développe un état typhoïde; pouls un peu dur. La langue, qui était devenue un peu humide, reprend sa sécheresse. Délire tranquille avec soubresauts des tendons. Le 11 décembre, même état. Eau hydrochlorée dans la soirée; cessation du délire; coliques violentes. (Dix sangsues à l'épigastre toutes les quatre heures; deux grains de calomel avec un demi-grain d'opium; eau chlorée dans les intervalles). — Les 12 et 13, repos pendant la nuit; cessation presque complète des douleurs; ventre mou; pouls plus fort; cessation du délire. (Bouillons légers; même médicament). — Le 14, la malade a pris une grande quantité de chocolat qui a causé une diarrhée abondante. (Décoction de columba: diète sévère). Dans la soirée, des coliques violentes ayant reparu, on prescrivit de nouveau le laudanum dont l'usage fut continué pendant plusieurs jours. — Le 20 décembre, selles modérées. (Teinture aqueuse de rhubarbe). — Le 23, rétablissement complet, sauf un peu de faiblesse. (Régime fortifiant; vin).

En 1833, cette femme eut une fièvre gastrique dont elle ne fut pas plus malade que l'on ne l'est habituellement, et qui fut bientôt guérie par des purgatifs. (*Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, N.° 10, mars 1834).

Toxicologie.

Empoisonnement par le carbonate de baryte. — Une jeune femme qui n'avait pas mangé depuis 24 heures, et qui était probablement sous l'influence de quelque affection morale triste, remplit à moitié une tasse à thé, avec du carbonate de baryte, ajouta de l'eau, et avala le tout, sans y trouver aucun goût particulier. Peu de temps après, on lui administra une médecine qui la fit vomir. En se rendant à l'hôpital de Middlesex, dans la soirée, deux heures après l'accident, elle éprouva, pour la première fois, une obscurité de la vision suivie de diplopie, des tintemens d'oreilles, de la céphalalgie, des battemens dans les tempes, une sensation de distension et de pesanteur à l'épigas-

tre; la malade se sentait comme gonflée par du gaz, et se plaignait de palpitations. Quand elle fut couchée, elle accusa d'abord de la douleur dans les jambes et dans les genoux. et des crampes dans les mollets. Elle vomit, à deux reprises, une matière qui ressemblait à un mélange de chaux et d'eau, et qui déposa. La peau était chaude et sèche, le visage injecté, le pouls à 80, plein et dur. On prescrivit le sulfate de magnésie à doses répétées. Pendant la nuit, elle eut quinze selles, et fut privée de sommeil par la céphalalgie, la douleur de l'épigastre, et le tintement des oreilles. Le lendemain, la peau était chaude, couverte de sueur; le pharynx était le siège d'une légère douleur. La langue était humide et couverte d'un enduit blanchâtre. Un ou deux jours plus tard les crampes devinrent très-intenses dans tous les membres qui faisaient éprouver au malade une sensation de pesanteur, et qui étaient douloureux au toucher. Ces symptômes persistèrent pendant long-temps, à quelques modifications près. Les symptômes qui ont duré le plus long-temps, sont la céphalalgie, la douleur du côté gauche et de l'épigastre, des palpitations violentes et long-temps prolongées. La guérison fut très-lente.

M. Orfila admet que le baryte et son carbonate causent la mort en agissant sur le système nerveux, et qu'ils corrodent les parties avec lesquelles ils sont en contact. M. Brodie pense, d'après des expériences faites avec l'hydrochlorate de baryte, que la mort est causée par l'action du poison sur le cerveau et sur le cœur. Dans le cas qui précède, les symptômes nerveux et circulatoire étaient troublés; mais l'issue heureuse de la maladie s'est opposée à ce qu'on pût constater les lésions causées dans l'estomac, s'il en existait. (*Médico-Chir[e] Review*, *octobre* 1834.)

Obstétrique.

Compte rendu des accouchemens qui ont eu lieu dans l'hôpital de Clinique de Breslau, pendant 1829. — 171 femmes sont accouchées durant cette année. Deux ont succombé après l'accouchement, l'une à la suite de la putrescence de la matrice, l'autre épuisée par une perte de sang qui s'était déclarée avant son entrée dans l'hôpital, et dont la cause tenait à l'implantation du placenta sur l'orifice utérin. Il y a eu 4 accouchemens composés. 13 enfans ont péri, 4 avant l'accouchement, 5 pendant le travail, et 4 après l'expulsion. 146 accouchemens ont été naturels; 19 ont réclamé les secours de la médecine, 16 se sont terminés à l'aide d'opérations manuelles ou par l'application d'instrumens. 4 au moyen du forceps, 4 par la version, 5 par le dégagement du bras et de la tête. Dans un cas il y a eu accouchement forcé. Une fois on a pu reporter le bras de l'enfant, qui se présentait en avant sur les côtés de la tête. L'application du forceps

a été nécessitée une fois par l'étroitesse du bassin, dans un accouchement compliqué de la putrescence de la matrice; une autre fois par des convulsions dont la femme fut attaquée. Le rétrécissement du détroit abdominal, résultat de l'inclinaison extrême du bassin, et une coarctation au détroit périnéal, réclamèrent aussi l'emploi de cet instrument. La version a été pratiquée trois fois à cause de la position oblique de l'enfant, une fois dans un cas de rétrécissement du bassin; l'enfant était mort depuis long-temps. Il y avait procidence du cordon. On a rencontré un entortillement du cordon ombilical assez remarquable. Le cordon, après avoir fait cinq fois le tour du cou, formait une circonvolution autour du bras. Nous allons rapporter le fait suivant, comme digne d'être remarqué : Une femme, mère de plusieurs enfans, était accouchée d'une fille du poids de deux livres trois-quarts. Après son expulsion, il se forma bientôt une nouvelle poche qui, en se dessinant, permit de reconnaître un second fœtus dont le bras gauche s'avançait au-dehors, et la poitrine se présentait au détroit abdominal. La tête était à droite, et les pieds à gauche. Il survint une forte douleur, qui poussa l'épaule jusque dans les parties extérieures de la génération. Le tronc ne tarda pas à le suivre, et se dégagea au-dessous avec les fesses; la tête vint immédiatement après. L'expulsion d'un double placenta se fit par les seules forces de la nature. L'enfant, du poids de deux livres, était vivant.

Compte rendu des accouchemens du même hôpital, dans l'année 1830. — 197 femmes sont accouchées durant cette année. Deux ont succombé. La première est morte de phthisie pulmonaire quatre jours après l'accouchement. La deuxième fut prise d'une inflammation du bas-ventre, qui se propagea à la matrice et au vagin. Des abcès se formèrent, et la femme ne tarda pas à périr. Il y a eu 4 accouchemens doubles. Dix enfans sont venus morts au monde, 15 sont morts après l'accouchement; il y en avait huit qui étaient nés avant terme. On a fait six applications du forceps, 4 versions. On a pratiqué une fois l'extraction du fœtus par les pieds, et trois fois on a dégagé les bras et la tête de l'enfant. (*Siebolds Journal*, tome XIV, page 187).

Tumeur sanguine située dans la lèvre droite. — La femme H. G., âgée de 40 ans, d'un tempérament phlegmatique, d'une forte constitution, née de parens bien portans, avait été réglée dès l'âge de 14 ans. Depuis son mariage, contracté à l'âge de 25 ans, elle avait eu dix enfans, dont deux jumeaux. Dans toutes ses grossesses, elle avait toujours joui d'une bonne santé, et s'était livrée à ses occupations de ménage jusqu'au moment du travail de l'enfantement. Elle avait elle-même élevé ses enfans. Elle se relevait de ses couches au plus tard huit jours après l'accouchement, pour reprendre aussitôt son travail ordinaire. Dans aucune de ses grossesses on n'avait

remarqué de traces de tumeurs variqueuses, soit aux pieds, soit aux bras. La dernière grossesse s'était aussi heureusement passée que les autres. Le 6 janvier 1829, à quatre heures après-midi, elle ressentit des douleurs assez énergiques pour réclamer sur-le-champ l'assistance de la sage-femme. A sept heures du soir, la poche des eaux se déchira, et la femme voulut être transportée sur la chaise de travail. Mais à peine y eut-elle éprouvé quelques douleurs, qu'elle se plaignit d'une vive souffrance à la lèvre droite, et qu'il survint un écoulement abondant de sang. On la reporta sur son lit, et je fus en même temps appelé. Je la trouvai faible, pâle; le pouls petit, fréquent. A en juger par la grande quantité de sang répandu dans un vase, lorsque la femme était sur le lit de travail, et dans son lit, l'hémorrhagie avait été considérable. Un examen fait avec plus de soin, me fit découvrir à la lèvre droite une grosse tumeur livide, et à sa partie moyenne je rencontrai une ouverture de la largeur de deux doigts, qui était en partie fermée par du sang coagulé, et d'où s'échappait encore du sang. J'enlevai le sang coagulé, j'appliquai sur l'ouverture de la charpie saupoudrée d'une poudre styptique, et j'y fis exercer une compression par la sage-femme. J'ordonnai une potion (*tinct. cinnam. borax, liq. ammon. succ., syr. diacode, in aquâ cinnam.*), et je fis prendre à la malade de temps en temps du bouillon gras. Les douleurs néanmoins se maintinrent faibles, et malgré la compression exercée, le sang coulait toujours; la femme et sa famille me pressaient de lui porter secours. Je me déterminai alors à avoir recours au forceps, pour saisir la tête du fœtus encore très-élevée. J'amenai au monde un enfant bien développé, mais qui était sans vie. Pendant cette application du forceps et l'extraction du fœtus, il s'écoula encore beaucoup de sang de la lèvre malade. Lorsque la délivrance fut opérée, il y eut une syncope. Les parties furent lavées avec du vin chaud, et une mixture fut administrée pour ranimer l'accouchée. Dans la crainte d'une nouvelle hémorrhagie, la charpie appliquée sur l'ouverture de la tumeur fut maintenue au moyen d'un bandage. La sage-femme et les parens furent priés de porter toute leur attention sur la malade pendant toute la nuit, qui heureusement fut assez bonne; le sang reparut à peine. Le 7 janvier on se borna à des applications d'eau végéto-minérale à une température tiède. La femme était très-faible. Le 8 janvier, presque toute la lèvre droite était frappée de gangrène. Le fond de la plaie avait un aspect livide. Il n'y avait aucune trace de perte de sang. On pansa la plaie avec de l'onguent basilicum et de la teinture de myrrhe, et on fit des applications d'une décoction vineuse de substances aromatiques et de kina. Une alimentation nutritive et des médicamens fortifians furent recommandés. Après quatre semaines de soins, la malade se rétablit, elle put se livrer aux affaires de sa mai-

son comme par le passé. La lèvre droite se trouvait seulement plus petite que la lèvre gauche. (Vogelmann, *Heidelberger Klinische Annalen*. 1834, p. 423).

Le 21 avril 1829, je fus mandé à cinq heures du matin, pour porter secours à une paysanne, demeurant à une lieue de Carlsruhe, qui était dans le travail de l'enfantement. Elle était âgée de 37 ans, d'une petite stature et jouissant d'une bonne santé. Elle était mère de six enfans, qu'elle avait mis au monde avec peine et après un long travail, mais sans aucun secours de l'art, soit parce qu'elle n'était pas favorisée de la fortune, soit parce que les douleurs n'étaient pas grandes. Elle avait eu, un an auparavant, une fausse-couche de trois mois, qui n'avait laissé aucun résultat fâcheux. Le 20 avril, à sept heures du soir, elle entra en travail: à dix heures, les eaux de l'amnios s'écoulèrent, les douleurs se continuèrent, mais elles se maintinrent faibles et rares. Le toucher, pratiqué le 21 au matin, fit reconnaître que la tête, placée au-dessus du détroit supérieur, se présentait dans la première position. L'accouchement paraissait devoir se traîner en longueur, et comme il n'y avait aucune menace de péril, je restai tranquille. Je m'éloignai de la femme en travail pour quelque temps, en donnant à la sage-femme les instructions nécessaires. Sur le milieu de la nuit, je revins et je trouvai les choses dans le même état; je remarquai seulement que les douleurs étaient plus fortes et plus fréquentes. La tête était descendue insensiblement dans l'excavation pelvienne, mais l'accouchement resta stationnaire malgré la violence des douleurs. Je me déterminai à appliquer le forceps. La tête était encore élevée, et l'opération ne se fit pas sans difficulté. Après plusieurs tractions, et lorsque la tête fut arrivée dans la cavité pelvienne, il se développa une varice dans la lèvre gauche, qui, quoiqu'elle ne fût pas considérable, se déchira et donna lieu à une perte de sang dangereuse. Le sang qui s'échappait paraissait de nature plus artérielle que veineuse. Je ne persistai pas dans l'extraction du fœtus, et je retirai les cuillers du forceps; je comprimai avec les doigts, tantôt de la main gauche, tantôt de la main droite, la varice dans le lieu de la déchirure, d'où le sang s'écoulait sans interruption. Je restai sans espérance de secours, pendant trois bonnes heures, dans cette position périlleuse, jusqu'à ce qu'enfin le sang eût cessé de couler; j'appliquai de nouveau le forceps, et après beaucoup d'efforts, je parvins à faire l'extraction de la tête du fœtus. L'enfant ne donna pas signe de vie, et aucune tentative ne put le faire revivre. La délivrance n'offrit rien d'extraordinaire. La mère s'est bien relevée de ses couches. Elle a toujours, depuis cette époque, joui d'une bonne santé. (Waldman, *Extrait d'une lettre à Naégelé*, *du* 29 *mai* 1831).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ; SORTIE DU

FŒTUS PAR LE RECTUM ; *par le professeur Francesco Petrunti.* — Thérèse Monaco, âgée de 36 ans, mère de cinq enfans, n'ayant point eu ses règles en août 1833, se crut enceinte, et éprouva d'ailleurs tous les phéoomènes de ses grossesses antécédentes. Les nausées, les vomissemens et lo ptyalisme durèreot environ un mois; mais ensuite elle éprouva de vives douleurs à la région hypogastrique; elle était agitée, avait du délire et de l'insomnie; l'abdomen était tantôt gonflé et tendu, tantôt aplati et souple; la région lombaire était habituellement douloureuse. Toutefois les douleurs persistant, on commença à douter de la grossesse, d'autant plus que six ans s'étaient déjà écoulés depuis son dernier accouchement. On craignait en conséquence qu'il n'y eût une métrite chronique, ou une fausse grossesse, ou une autre maladie de l'utérus. Les médecins ne purent s'accorder sur le diagnostic, à cause des symptômes peu ordinaires que présentait la malade, et de leur inconstance. Cette dernière se borna aux moyens rafraîchissans, et passa avec moins de souffrance presque tout le mois d'octobre; mais à la fin de ce mois, qui était le troisième de sa grossesse, les douleurs se renouvelèrent avec une nouvelle intensité. Cette récidive fut attribuée à des émotions morales; la fièvre ne quitta plus la malade, et offrit des exacerbations chaque soir; l'émaciation devint extrême. La diète lactée fut suivie pendant un mois sans avantage. Après le troisième mois, on remarqua au-dessus du pubis une tumeur dure, circonscrite et inclinée un peu vers le côté droit; cette tumeur augmentait de volume et causait de la douleur; on la prit pour une tumeur strumeuse de l'ovaire droit, et elle fut combattue inutilement par l'iode, la pommade d'hydryodate de potasse, la ciguë, les sangsues, etc. Dans le mois de novembre, des mouvemens, d'abord faibles et obscurs, puis très-manifestes, ne laissaient aucun doute sur l'état de grossesse. D'ailleurs, les mamelles étaient développées et fournissaient de la sérosité. Il y avoit une constipation que les purgatifs les plus forts ne pouvaient vaincre; le colon transverse semblait manifestement rempli par des matières; tout l'abdomen était douloureux : il y avait toujours du délire. Malgré les circonstances signalées tout-à-l'heure, on ne crut point à l'état de grossesse, et, dans la pensée que l'utérus était rempli, non pas par un fœtus, mais par le sang des règles qui s'y était accumulé, on prescrivit le seigle ergoté. Ce médicament augmenta les souffrances, et fit couler de l'utérus un sang liquide, un caillot sanguin et une petite poche membraneuse qu'on prit pour un faux germe. Alors la tumeur, qui était déjà très-élevée, s'affaissa dans le bassin, et les mouvemens du fœtus ne se firent plus sentir. La constipation fut encore plus rebelle. La malade avait la conscience que son rectum était comprimé et oblitéré. Elle était tourmentée par de fréquentes envies d'aller à la garde-robe. Elle passa le septième mois dans un état tel, qu'elle

semblait devoir mourir à tout moment. Un jour le ténesme était si violent, qu'elle ne put s'empêcher d'introduire avec force et aussi haut qu'elle pût, son doigt dans le rectum ; dans cet acte presque involontaire, elle découvrit un corps dur et piquant. Ce n'est qu'à une seconde tentative, qu'elle eut le courage de retirer ce corps qui était l'os maxillaire inférieur d'un fœtus âgé de quelques mois. La malade était alors très-affaiblie ; il y avait de la fièvre ; l'abdomen était chaud et tuméfié ; l'hypogastre était douloureux. A une si longue constipation succéda un écoulement de matières corrompues et très-fétides. Le lendemain, le docteur Petrunti introduisit l'indicateur de la main gauche dans le rectum, trouva la petite ouverture de la poche de l'amnios, s'assura de la présence des os, et se guidant sur ce doigt, fit entrer une pince à polypes ; il saisit alors un os dont il fit l'extraction en retirant en même temps son doigt, afin de protéger les parties. Il répéta cette manœuvre tant que la malade put la supporter. Après avoir extrait divers os du crâne et toute la colonne vertébrale, il fit des injections émollientes dans le sac. Il renouvela cette opération pendant les quatre jours suivans, jusqu'à ce que toutes les parties du fœtus fussent extraites. Le traitement consista dans des bains et des injections faites dans la poche à l'aide d'un tube élastique. Les injections furent rendues détersives et astringentes ; l'ouverture fistuleuse se ferma presque complètement. L'auteur pense que la membrane amnios sera résorbée. Au bout de quinze jours la malade, qu'on avait crue perdue, fut rendue à sa famille. Quatre mois se sont écoulés depuis cette époque, et cette femme jouit d'une bonne santé. (*Il Filiatre Sebezio*, décembre 1834).

Académie royale de Médecine.

Séance du 23 décembre 1834. — GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA JAMBE ; AMPUTATION AVANT LA DÉLIMITATION DE LA GANGRÈNE. — M. Amussat communique l'observation suivante : Une femme de 40 ans, qui éprouva tout-à-coup dans la jambe gauche, depuis le bout du pied jusqu'au genou, un froid glacial et une crampe très-douloureuse. Elle tomba presque sans connaissance. Peau cyanosée ; palpitations tumultueuses du cœur ; orthopnée ; absence du pouls dans les radiales ; insensibilité complète de la peau ; jambe gauche d'un blanc mat, froide ; orteils contractés convulsivement ; douleurs excessives dans le jarret, s'exaspérant au moindre mouvement. Cette femme était at-

teinte depuis dix ans d'une affection du cœur. Le lendemain, la jambe malade devint brûlante, d'un rouge livide, se tuméfia jusqu'au genou et commença à se couvrir de phlyctènes. Deux jours plus tard, fièvre; face injectée; idées confuses; jambe douloureuse, noire jusqu'au milieu du mollet, d'un rouge livide jusque vers le genou, couverte de larges phlyctènes, offrant à la partie postérieure et externe de la cuisse une traînée inflammatoire qui remontait à 7 ou 8 pouces au-dessus du creux du jarret. M. Amussat pratiqua l'amputation à la partie inférieure de la cuisse. Il tordit quatre vaisseaux, et réunit par première intention. Cette opération paraît devoir être couronnée de succès. Outre les désordres produits par la gangrène, on a trouvé dans l'artère poplitée, au devant de l'articulation tibio-fémorale, un caillot adhérent à la membrane interne, rouge, assez consistant, et se prolongeant à quelques lignes sous la tibiale antérieure. Un caillot de même nature, mais plus alongé, plus mince et moins adhérent, a été trouvé dans le point de la veine qui correspondait à l'oblitération de l'artère. Les parois de cette veine étaient épaissies et lui donnaient l'apparence d'une artère jusqu'à un pouce au-dessous du caillot; au même niveau, le nerf sciatique était gonflé et noirâtre, ainsi que le tissu cellulaire environnant.

Séance du 30 *décembre*. — M. Cullerier lit un rapport sur un mémoire de M. Devergie. Ce mémoire est une analyse de l'ouvrage du même auteur, intitulé : *Clinique des maladies syphilitiques*. La lecture du rapport provoque, sur l'ancienneté de la vérole, sur son traitement et sur l'existence ou la non existence d'un virus, une longue discussion qu'il serait inutile de reproduire.

Séance du 6 *janvier* 1834. — Choléra-morbus. — M. Robert, médecin de Marseille, adresse à l'Académie une note sur l'invasion du choléra dans cette ville. A part la première maison attaquée où l'on a compté tous les malades, tous les autres cas ont été isolés et répartis sur tous les points de la ville. Le choléra semble frapper de préférence la classe aisée.

Migraine. — M. Bouniceau a envoyé à l'Académie un ouvrage imprimé qui a pour titre : *Découverte du vrai siège de la migraine et des moyens de la guérir sans remède, en* 10, 20 *ou* 30 *secondes*. — M. Bouniceau place le siége de la migraine dans les nerfs qui parcourent les tégumens du crâne. Le moyen curatif qu'il propose consiste à comprimer, à l'aide du pouce, le trajet du rameau frontal, depuis le commencement de l'arcade sourcilière jusqu'à la réunion de son tiers interne avec trois autres. Lorsque la douleur est plus vive vers la région occipitale, l'auteur exerce la compression derrière le cou, entre l'atlas et l'axis, et quelquefois entre l'axis et la troisième vertèbre.

M. Villeneuve lit un rapport sur un manuscrit intitulé : *Considéra-*

tions sur la nécessité de dresser la topographie médicale de tous les cantons, de tracer des préceptes hygiéniques qui leur soient applicables, et en particulier sur la topographie médicale et l'hygiène du canton de Loze, département de la Charente-Inférieure; par M. Moreau. — M. Leroy-d'Etioles communique des recherches sur les maladies de la prostate, considérées comme causes de rétention d'urine.

Séance du 13 janvier. — LUXATIONS DE L'ÉPAULE. — M. Malgaigne lit un mémoire sur ce sujet. S'éclairant de l'anatomie chirurgicale, de l'anatomie pathologique, des expériences sur le cadavre et des observations recueillies sur le vivant, il arrive aux conclusions suivantes : il existe cinq luxations principales de l'humérus; la plus fréquente est celle dans laquelle la tête de l'humérus se trouve placée sous l'apophyse coracoïde. Cette luxation, qui a reçu à tort, suivant M. Malgaigne, le nom de luxation *en bas*, est désignée par lui sous le nom de luxation sous-coracoïdienne. Il décrit la luxation en dedans d'après deux faits qui lui sont propres et un troisième emprunté à White. Dans cette luxation la tête repose immédiatement sur la fosse sous-scapulaire; la capsule est complètement ou presque complètement déchirée; il la nomme luxation sous-scapulaire. Il n'a pu trouver dans les auteurs que trois cas de luxation véritablement en bas. Une luxation *sous-coracoïdienne incomplète* est admise par lui, et c'est la seule dans laquelle la capsule puisse demeurer intacte. Il y a encore une luxation en arrière ou sous-acromiale. Enfin l'auteur rejette l'idée de luxations consécutives par l'action musculaire.

Séance du 20 janvier. — M. Chevallier fait un rapport sur un travail de M. Arnal, qui a pour objet des *pains de farine de froment mélangée de fécule de riz et de pomme de terre*; et un autre rapport sur une quinzaine de mémoires adressés en 1833 par les médecins des eaux minérales. — M. Esquirol présente le modèle en cire de l'hydrocéphale de Florence dont M. Roux a fait mention dans son voyage en Italie.

Séance du 27 janvier. — CHOLÉRA-MORBUS. — M. Robert, médecin de Marseille, adresse de nouveaux détails sur le choléra de cette ville. L'épidémie marche fort lentement, et paraît même décliner ; la garnison et les prisons ne comptaient encore aucun cas à la date du 20 janvier. A la lettre sont réunies cinq autopsies assez détaillées.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM.—M. Chervin lit un rapport sur un mémoire qui a pour objet trois cas d'éléphantiasis du scrotum, qui ont été opérés par deux chirurgiens de l'Orient, M. Gaetani, du Caire, et M. Pruner, professeur d'anatomie à Abouzabel. Sur les trois cas, un des malades a succombé. Cependant les deux auteurs préconisent l'opération.

Académie royale des Sciences.

Séance du 22 *décembre* 1834. — Traitement de la colique de plomb par l'acide sulfurique. — M. Gendrin adresse quelques nouvelles observations sur le traitement de la colique de plomb. L'efficacité curative de l'acide sulfurique a continué à être rendue manifeste par les observations faites à Paris et dans les départemens. Du reste, M. Gendrin a reconnu que l'action de ce remède est toujours beaucoup plus lento quand les accidens ont été produits par le deutoxyde de plomb (*minium*).

La limonade sulfurique, comme moyen prophylactique, a constamment réussi dans les fabriques de carbonate de plomb. Dans celles du minium elle a été impuissante ; mais M. Gendrin annonce avoir constaté que l'acide hydrochlorique étendu guérit les accidens produits par le deutoxyde de plomb avec la même célérité que l'acide sulfurique étendu guérit ceux produits par les sels et le protoxyde de ce métal. Il espère pouvoir l'employer également comme moyen prophylactique.

Traitement d'une paralysie de la langue par le galvanisme. — M. Fabré-Palaprat lit une observation sur ce mode de traitement. L'homme qui y a été soumis, Jules Roula, âgé de 45 ans, après avoir été frappé d'apoplexie, il y a dix-huit ans, resta paralysé de la portion des nerfs de la neuvième paire qui sert à l'articulation de la voix, et cette infirmité persista malgré les soins qui lui furent donnés, soit chez lui, soit dans les hôpitaux, par plusieurs médecins distingués. Roula était depuis neuf ans à l'hospice des Incurables, lorsqu'il vint consulter M. Palaprat, qui désespéra d'abord de le guérir ; cet homme en effet ne pouvait articuler, quoique faisant entendre les voyelles d'une manière assez reconnaissable. Le 27 novembre dernier, M. Palaprat commença le traitement en pratiquant l'acupuncture à la nuque dans la direction de la base du cerveau. L'aiguille fut mise en communication avec le pôle négatif d'une forte pile voltaïque à courans interrompus à l'aide d'un chronomètre ; sur la langue on plaça une plaque de platine enveloppée de linge imbibé d'eau salée, cette plaque étant en communication avec le pôle positif de la pile.

Le malade fut frappé de commotions graduées qui bientôt, dit M. Palaprat, furent assez fortes pour lui faire ressentir de vives étincelles, un goût métallique insupportable et de violentes contractions de la langue et de l'estomac ; enfin les commotions furent portées au point d'exciter les contractions de l'estomac et des muscles qui servent au vomissement. C'est alors, poursuit l'auteur du mémoire, que le muet, poussant un cri inusité, se jeta loin de l'appareil

en articulant d'une manière assez distincte : Je parle, merci M. le médecin ; je parle, merci. Il put sur-le-champ prononcer plusieurs phrases qu'on lui fit répéter. Du reste, les mots sortaient de sa bouche précipitamment et comme jetés ; de plus, il n'articulait ni le *j* ni l'*r*.

Le traitement, continué pendant cinq autres séances, rendit possible l'articulation de ces deux lettres. Cependant, il fallut que le malade s'occupât de nouveau de l'éducation des organes vocaux et sous la direction d'un maître qui le tint sans cesse en garde contre la précipitation avec laquelle il jette ses mots qui, encore aujourd'hui, sont souvent, vers la fin des phrases, assez embrouillés.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était présent à la séance, et a répété plusieurs phrases d'une manière très-intelligible, mais qui tendait toujours à devenir confuse. Il était évident, d'ailleurs, que cet homme avait encore une difficulte notable à parler.

— Les séances du mois de janvier n'ont présenté aucun sujet qui pût intéresser directement la médecine.

VARIÉTÉS.

Réclamation.

Monsieur le Rédacteur,

M. Dubois, d'Amiens, a publié récemment un *Traité de pathologie générale*, dont vous avez promis de rendre compte prochainement. Dans le *Prospectus* de cet ouvrage, l'auteur fait avec complaisance, l'éloge du plan suivant lequel il a été écrit : mais il omet d'en mentionner l'origine, et je ne puis consentir à me voir interdire, sous peine d'accusation de plagiat, la faculté de faire usage du même plan, si, dans quelques années je réalisais le projet d'écrire un traité de chirurgie. En 1832, j'avais déjà commencé cet ouvrage, lorsque MM. Deville-Cavellin et Dubois d'Amiens m'engagèrent à composer la partie chirurgicale d'un traité de Nosologie à l'usage des élèves. Je n'hésitai pas à communiquer à mon collaborateur le plan que je m'étais proposé, et qui n'est autre que celui qui a été suivi dans le nouveau traité de pathologie générale que vous devez analyser. L'esprit de cette méthode était le suivant : 1.° abandonner, par rapport à la pathologie générale, la méthode ordinairement suivie, qui consiste à donner des définitions purement nominales, et des dissertations scholastiques sur des vues pathologiques qui ne s'appliquent à rien, et à tracer des divisions et subdivisions d'un grand

cadre qu'on laisse vide, et dans lequel il n'y a réellement rien à placer.

Composer, au contraire, la pathologie générale de l'ensemble des notions que l'on possède sur ce que toutes les maladies, ou la plupart d'entr'elles, présentent de commun, et qui est susceptible d'être résumé en quelques principes généraux.

2.° Par rapport à la pathologie spéciale, conduire le lecteur, des choses les plus générales, c'est-à-dire, qui concernent un grand nombre d'affections, aux idées qui s'appliquent à quelques-unes d'entr'elles, puis enfin aux détails qui n'appartiennent qu'à un siége, à une localité déterminée.

Pour arriver à ce but, j'avais adopté la division suivante :

1.° Notions sur la maladie considérée d'une manière abstraite, dans ce qu'elle a de plus général relativement aux causes, etc., etc.

2.° Exposition des maladies générales qui peuvent affecter plusieurs systêmes de l'économie, telles que l'inflammation, le cancer, la syphilis, etc, etc.

3.° Maladies des tissus généraux, suivant les divisions admises dans l'étude de l'anatomie générale, des tissus artériel, osseux; etc., etc. Histoire des anévrysmes en général, des fractures en général, etc., sans égard au siége.

4.° Enfin, maladies des régions en particulier, ou histoire des maladies, réduite à ce que leur siége précis leur donne de spécial. Et ici, l'ordre anatomique devait être rigoureusement suivi.

M. Dubois proposa de faire ici, pour la partie médicale dont il était chargé, la division des maladies par appareil, ce qui fut adopté et n'empêchait pas pour la chirurgie la division par régions.

Notre projet avorta, parce que l'ouvrage complet devait être fait en 15 mois, et que l'époque était trop rapprochée *pour moi;* deux volumes de 38 à 40 feuilles devaient être fournis au mois de janvier 1833. Mais devais-je par cela même être dépossédé du plan de travail que j'avais adopté? était-il impossible de mentionner dans le prospectus de la nouvelle pathologie générale le droit que je pourrais avoir à faire un traité de chirurgie suivant la même méthode? Je ne le crois pas, et cette réclamation n'a pas d'autre but que de me réserver ce droit sans courir le risque de passer pour faire l'emprunt d'une méthode et d'un plan qui m'appartiennent.

Agréez, etc.

S. Laugier.

20 Janvier 1835.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'art des Accouchemens, ou Tocologie théorique et pratique, avec un abrégé des maladies qui compliquent la grossesse, le travail et les couches, et de celles qui affectent les enfans nouveau-nés ; accompagné de seize planches gravées ; par Alf. Velpeau, *chevalier de la Légion-d'honneur, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc.* Deuxième édition, corrigée et augmentée. Paris, 1835. Deux vol. in-8.°

L'ouvrage dont nous sommes chargés de présenter ici l'analyse était vivement désiré par tous les hommes qui cultivent la science des accouchemens. Le nom de l'auteur nous promettait un Traité complet de l'art des accouchemens, où seraient exposés avec soin tous les perfectionnemens dont l'observation a enrichi la science, et où seraient discutées consciencieusement et avec une entière indépendance toutes les idées nouvelles sur lesquelles l'examen critique n'avait pas encore été porté. Ce n'est pas seulement de l'époque du concours qui a eu lieu l'an dernier, pour la chaire de clinique d'accouchement, que M. Velpeau nous avait préparé à ces espérances : dès la première édition de cet ouvrage, il y avait des droits acquis. A ce temps même, il était trop riche de ses propres observations et des travaux que l'érudition la plus patiente lui avait fait recueillir, pour se renfermer dans le cercle d'idées, de principes et de préceptes que Baudelocque semblait avoir tracé pour toujours à ses élèves et à ses successeurs. Il avait le premier, dans notre pays, réuni sous des formes élémentaires et classiques, toutes les connaissances acquises depuis la fin du dernier siècle ; il avait accepté de toutes les mains et sans prévention, toutes les réformes que l'expérience avait sanctionnées. Enfin, c'est lui qui le premier avait, pour ainsi dire, tiré le voile qui dérobait aux yeux des élèves les changemens arrivés dans le domaine de la science. Le même esprit devait présider à la composition de la deuxième édition ; aux travaux que l'auteur avait exécutés, lorsque l'ouvrage parut pour la première fois, devaient s'ajouter ceux que depuis il avait entrepris sur un art qu'il embrassait depuis longtemps et chaque jour de toutes ses méditations. Cinq ans se sont écoulés entre les deux éditions ; si la première a été utile, non seulement aux élèves, mais aussi aux médecins, si elle a servi à la science et à l'humanité, soit en nous révélant des vérités nouvelles

ou inconnues parmi nous, soit en nous faisant connaître de nouvelles ressources, on doit présager à cette dernière une destinée plus brillante ; car elle a sur celle-là tous les avantages que donne un travail de cinq ans accompli par un homme aussi avide de science que M. Velpeau. Pour faire connaître l'ouvrage et signaler les différences qui existent entre les deux éditions, j'emprunterai à l'auteur le tableau très-fidèle qu'il a lui-même tracé de tous les changemens qu'il y a apportés.

« L'article concernant le bassin s'y trouve entièrement refondu en ce qui regarde les axes, les détroits surtout, et les vices de conformation. Il en est de même des organes génitaux eu égard à leurs variétés, et aux inductions pratiques qui en découlent, ainsi qu'aux opérations qu'elles réclament. J'ai complété l'article menstruation et l'article reproduction par d'assez nombreuses additions. Ce qui est relatif au ramollissement des symphyses pendant la grossesse a été refait en entier. J'ai donné une grande extension à l'article toucher, et me suis attaché à démontrer les avantages du toucher anal, ainsi que de l'exploration abdominale dans une foule de cas. Un long chapitre sur l'auscultation m'a paru indispensable; je l'ai donné. Les grossesses extra-utérines, leur mécanisme, leurs signes, leurs terminaisons et surtout leur traitement, sont le sujet d'un article presque entièrement nouveau. Les fausses grossesses sont dans le même cas, ainsi que les grossesses multiples en général, et la superfétation. J'ai dû refondre l'article avortement, sous le point de vue des maladies de l'œuf, en particulier des môles et des soins qu'il réclame. Ensuite, les principaux changemens de cette édition portent : 1.° Sur le mécanisme de l'accouchement en général. 2.° sur le mécanisme de l'accouchement par la tête, par le vertex d'abord, par la face ensuite, enfin par le pelvis, tous objets qui ont été vivement controversés depuis 15 ou 20 ans à l'étranger, et dont je tenais à donner le résumé en même temps que l'interprétation. 3.° Sur les soins et les secours que peut réclamer la femme en travail naturel, et sur l'emploi du seigle ergoté en particulier. 4.° Sur les pertes qui surviennent pendant la grossesse ou le travail, notamment sur le traitement de ces maladies que je n'avais pas encore soigné, et dont le champ s'est d'ailleurs singulièrement aggrandi depuis quelque temps. 5.° sur la brièveté, l'excès de longueur, l'entortillement du cordon ombilical, et les accidens qui peuvent en résulter. 6.° Sur les ruptures diverses qu'on observe parfois dans le courant du travail. 7.° Sur les tumeurs du bassin, les calculs de la vessie. 8.° Sur la coarctation de la vulve, du vagin, de l'orifice utérin; sur la chute de l'utérus ou état de gestation, sur la déviation de son orifice, et ses obliquités proprement dites. 10.° Sur les maladies, les tumeurs, les monstruosités de l'enfant, qui peuvent devenir causes d'accouchement difficiles. 11.° Sur l'évolu-

tion spontanée que j'avais à peine effleurée, et que j'ai traitée cette fois fort au long, en insistant sur l'explication nouvelle que comporte ce phénomène singulier. 12.° Sur la version, soit par la tête, soit par les pieds, et sur la valeur relative de ces deux opérations, prises sous le point de vue des nouvelles idées. 13.° Sur la présentation du bras et les secours qui lui conviennent. 14.° Sur le régime, l'avortement prémédité et l'accouchement prématuré artificiel, dans le cas d'étroitesse du bassin, questions à peine mentionnées dans la première édition, et dont j'ai désiré ici parler longuement. 15.° Sur l'opération césarienne, soit abdominale, soit vaginale, et sur la symphyséotomie. 16.° Sur les soins qu'exige la délivrance simple. 17.° Sur le chatonnement du placenta et la rétention de ce corps dans la matrice. 18.° Sur la résorption possible du délivre, article tout-à-fait neuf parmi nous. 19.° Sur les soins à donner au fœtus et sur les tumeurs sanguines du crâne qu'il apporte en naissant; sur l'applatissement de la tête. 20.° Sur l'inversion utérine après la délivrance, et les principaux changemens qu'éprouve le col après l'accouchement. 21.° Sur les tumeurs sanguines de la vulve, les hémorrhoïdes, la rétention d'urine, l'inflammation des organes génitaux. 22.° Sur les ruptures de l'utérus et du vagin; sur les fistules recto-vaginales, vésico et urétro-vaginales. 23.° Sur les perforations du périnée, leurs suites et leurs fréquences. 24.° Sur les fentes du périnée et leur traitement. 25.° Sur les engorgemens du sein et les gerçures du mamelon, ainsi que sur quelques-unes des qualités d'une bonne nourrice. »

On voit par l'exposé de tous les changemens que M. Velpeau a fait subir à son ouvrage, avec quel soin il a suivi le progrès de la science, et avec quelle persévérance il a rempli la mission de les enregistrer. Aussi son livre est-il moins un ouvrage arrivé à sa deuxième édition, qu'un ouvrage entièrement nouveau. M. Velpeau serait à l'abri de la critique, s'il suffisait, dans un livre de science, de trouver tous les faits que l'observation a produits, mais il faut encore qu'ils nous soient présentés avec ordre, méthode et clarté, qu'ils soient exposés avec le développement nécessaire pour pouvoir être saisis par des intelligences encore étrangères à la science, et qu'enfin les opinions ne soient acceptées que sur la sanction de l'expérience et du raisonnement, surtout lorsqu'il s'agit des préceptes de conduite, et qu'on s'adresse à des élèves toujours si empressés à croire sur la parole des maîtres. On ne doit pas se dissimuler que ces conditions n'ont pas été toujours observées par M. Velpeau, et que ces imperfections auraient pu être évitées, si l'auteur ne s'était pas imposé l'obligation de reproduire toutes les idées bonnes ou mauvaises, et tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et s'il n'eût admis que ce qui est évidemment utile et confirmé par la pratique. Ces remarques, faites dans l'intérêt de l'instruction, et non en vue de l'avancement de la science, ne doivent

pas affaiblir l'opinion favorable que nous avons déjà exprimée. En effet, M. Velpeau, à la faveur des changemens nombreux qu'il a fait éprouver à son ouvrage, me paraît avoir atteint le but qu'il s'était proposé, car il a reproduit avec exactitude l'état actuel de l'art des accouchemens en Europe, et a donné un livre qui sera nécessaire non-seulement aux élèves, mais aussi aux praticiens instruits et aux médecins qui se livrent à l'enseignement. En un mot, cet ouvrage est un monument d'érudition que l'Allemagne doit nous envier, et sans lequel on sera obligé de puiser toutes les fois qu'on s'occupera d · reculer les limites de l'art. P. G. ILLEMOT.

Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France, comprenant la médecine-légale, la police médicale, la responsabilité des médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc.; l'exposé et la discussion d s lois, ordonnances, réglemens et instructions concernant l'art de guérir, appuyé des jugemens des cours et des tribunaux; par Adolphe Trebuchet, *avocat, chef du bureau de la police médicale et des établissemens insalubres, à la Préfecture de police.* Paris, 1834. In-8.°, pp. XVI-756.

Cet ouvrage manquait à notre littérature : on ne pouvait guère compter, en effet, comme remplissant la lacune qui y existait, suivant nous, ces informes essais de jurisprudence médicale dans lesquels on s'était borné à rassembler les principales lois et principaux réglemens qui régissent l'art de guérir, aussi bien que ces esquisses incomplètes tracées par quelques auteurs de médecine légale et d'hygiène publique, dans des chapitres intitulés : *Police de la médecine*, etc. Le célèbre Louis aurait désiré la qualité de légiste dans les médecins qui se livrent à l'exercice et à l'enseignement de la médecine légale : c'était surtout pour traiter de la jurisprudence de la médecine et de la chirurgie, qu'une connaissance égale et de la science du droit et des sciences médicales était nécessaire. Le juriste étranger à ces dernières essaie-t-il de débattre des questions qui en ressortent, montre bientôt ce qu'il manque à ses raisonnemens et à ses applications légales, décèle presque toujours l'ignorance des faits positifs qui doivent y servir de base, l'inintelligence ~~de la~~ philosophie des sciences physiques et physiologiques. De son côté, le médecin qui n'a pas étudié la législation dans son ensemble, s'il est moins exposé à commettre de lourdes bévues en faisant des excursions sur un terrain plus accessible aux investigations communes, ne manque guère de manifester en quelqu'endroit son incompétence dans la matière. Favorisé, et par des études spéciales en législation et en droit administratif, et par une position qui le met continuellement en contact avec les objets des sciences médicales et avec ceux qui s'en occupent, M. Trébuchait réunissait la plupart des conditions pour traiter par

faitement la matière qui fait le sujet de son livre, livre dont nous allons faire connaître rapidement le contenu.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première est consacrée à la médecine et à la chirurgie; la seconde, à la pharmacie. La troisième partie, qui n'est en quelque sorte que le recueil des pièces à l'appui des deux précédentes, contient le texte des lois, ordonnances et actes divers qui concernent la médecine, la chirurgie, la pharmacie et les professions accessoires.

La première partie, qui fixera principalement notre attention, comprend, à proprement parler, la jurisprudence médicale, c'est-à-dire, l'exposé et la discussion des lois et réglemens qui déterminent les fonctions, les devoirs et les droits des médecins dans leurs rapports avec les pouvoirs sociaux et les individus, ainsi que les conséquences qui suivent les contraventions à ces lois et réglemens. L'auteur examine donc, dans autant de chapitres, les cas judiciaires au criminel, au civil et en matière administrative, où l'intervention de la médecine et des sciences accessoires est nécessaire; il fixe d'après les lois et les arrêtés des hautes cours, les circonstances où le médecin peut ou ne peut pas récuser la mission d'expert, quelles restrictions à son rôle de témoin doit mettre sa profession. Il discute ensuite la compétence si controversée dans ces derniers temps, des médecins dans les questions de monomanie ou de folie, et montre que l'usage, plutôt que la loi, porte les magistrats à consulter les médecins dans ces cas. Du reste, il admet les prétentions des médecins qui ont pensé que ceux-là seuls étaient aptes à juger l'existence et le degré de l'aliénation mentale qui avaient fait de cette maladie une étude spéciale. M. Trébuchet pouvait trop bien juger les réalités fatales de ce genre d'affections, pour ne pas saisir le faux de la doctrine des légistes et même des médecins qui, entraînés par une ignorance complète du sujet ou par des idées métaphysiques malheureusement trop en faveur, ont pensé que la première personne venue pouvait aussi bien statuer sur l'existence de la folie que les médecins qui l'observent constamment. — Il expose ensuite l'état si imparfait de la législation sur l'interdiction et l'isolement des aliénés, et reproduit sur ce sujet les idées émises par M. Esquirol dans un mémoire particulier.

Dans une quatrième section de ce chapitre, l'auteur indique les conditions que doivent présenter les médecins-légistes, les règles à suivre pour les expertises médico-légales, et les conséquences qui peuvent résulter des faux-rapports. Cette partie, qui, dans le but du livre, aurait dû être fort étendue, est, au contraire, assez courte : l'auteur avait, en effet, traité dans les sections précédentes, des conditions légales de l'expertise, de la manière dont l'expert doit se diriger, en parlant des différens cas qui exigent ou peuvent réclamer l'intervention des médecins. A ce sujet nous remarquerons, tout en étant loin de nous en plaindre, que M. Trébuchet s'est livré, sur des questions de médecine-légale judiciaire ou administrative, à des développemens qui n'étaient pas absolument nécessaires pour éclairer les points de jurisprudence médicale qui s'y rattachent. Ces développemens sont certainement très-bons en eux-mêmes, et jettent de l'intérêt sur un sujet naturellement aride; mais comme toutes les questions de médecine légale n'en pouvaient pas recevoir de semblables, ils font perdre peut-être un peu de vue l'objet principal de l'ouvrage, qui, ainsi que l'a très-bien posé l'auteur dans son introduction, consiste à présenter toutes les instructions propres à guider les médecins-légistes dans les rapports que leurs fonctions établissent entr'eux et

les autorités qui les requièrent, à tracer avec netteté la limite de leurs droits et de leurs devoirs, à prévenir contre cette multitude d'incidens que fait naître leur intervention dans les affaires législatives, administratives ou judiciaires.

Dans les chapitres suivans, l'auteur expose et discute les points de droit qui ont rapport à la responsabilité médicale, aux honoraires des médecins, aux donations et testamens faits en leur faveur, au secret dans l'exercice de la médecine. Ces diverses questions sont traitées avec un grand intérêt, mais les détails qu'elles entraînent nous interdisent d'en présenter un résumé. Nous adhérons complètement aux doctrines de M. Trébuchet; nous exempterons néanmoins de ce silence la question de la responsabilité médicale, à laquelle quelques faits récens ont donné tant d'importance. Nos lecteurs désireront sans doute connaître l'opinion de l'auteur sur ce sujet.

Après avoir esquissé l'histoire de la responsabilité médicale aux époques qui précèdent notre législation actuelle, M. Trébuchet examine ce qu'elle est et ce qu'elle doit être sous l'empire de celle-ci : la responsabilité des médecins n'est écrite explicitement dans aucune de nos lois; elle n'a été invoquée jusqu'à ce jour, qu'en vertu des principes généraux qui veulent que tout homme réponde du mal arrivé par sa faute, et qui sont particulièrement consacrés par les art. 319 et 320 du *Code pénal*, et par les art. 1382 et 1383 du *Code civil*. Ces différentes dispositions ont été appliquées par les tribunaux dans quelques cas particuliers où les médecins et les chirurgiens leur paraissaient avoir commis des fautes graves contre les règles de leur profession. Toutefois, les pénalités portées par les deux articles du code pénal ont été fort rarement prononcées, et l'on s'est presque toujours borné à l'allocation des dommages-intérêts. En effet, ces articles du code pénal, dans lesquels il n'est question que d'imprudence, d'inobservations des réglemens, et non d'impéritie, ne s'appliquent évidemment pas aux cas actuels, se rattachent en partie aux contraventions de simple police. Toutefois, comme le remarque M. Trébuchet, ce n'est pas une raison pour que, s'il y avait lieu, on ne les puisse étendre aux cas de responsabilité médicale, par analogie, comme dispositions que l'on appelle, en droit, *démonstratives*. Mais M. Trébuchet pense que ces articles, pas plus que ceux précités du code civil, pour les dommages-intérêts, ne peuvent être appliqués au médecin qui a agi dans les limites de ses droits, suivant sa conscience, quelle que soit l'issue de la maladie. La responsabilité médicale, qui doit être rejetée quand elle repose sur des faits de doctrine, peut, au contraire, être admise et emporter l'application des lois pénales et civiles indiquées, lorsqu'elle porte sur des faits matériels, facilement appréciables; sur des contraventions ou sur des délits écrits dans la loi, toutes les fois que le médecin pourra être accusé d'une faute grave, d'une négligence coupable, comme lorsque le médecin aura agi dans un état d'ivresse, quand il aura abandonné son malade dans un moment de danger, quand il aura commis une erreur matérielle dans une ordonnance, etc.

Nous croyons ces dernières conditions elles-mêmes sujettes à beaucoup de difficultés, car il sera souvent impossible d'apprécier s'il y a négligence dans la conduite du médecin : s'il a agi consciencieusement s'il ne pensait pas qu'il y eut danger, etc. Mais nous sommes étonnés que, contrairement à la doctrine qu'il vient d'émettre, M. Trebuchet ait cru devoir soumettre à la responsabilité un médecin qui fait l'essai de traitemens ou de remèdes violens, bizarres, inusités, etc. (p. 212).

Certainement, à ce titre, Laennec et bien d'autres partisans de l'administration de l'émétique à haute dose, eussent pu, dans certains cas, être rigoureusement condamnés, si l'on n'eût eu qu'à juger le caractère et l'opportunité de cette médication, et sans être en droit, peut-être, pour cela, de comparer leur sort à celui de Galilée. Du reste, cette petite contradiction conduit l'auteur aux saines idées, suivant nous, sur la responsabilité médicale; c'est que, par suite de ce qu'offre de compliqué et d'abstrait la solution des nombreuses questions qu'elle fait naître, il est impossible d'écrire dans la loi la non-responsabilité, même lorsqu'il s'agit de faits de doctrine : la société ne consentirait pas à rester désarmée contre les abus qui pourraient résulter de l'exercice de notre profession. Nous pensons aussi que des principes absolus sur la matière seraient dangereux, et que chaque cas doit être apprécié individuellement. Comme le remarque très-bien M. Trebuchet, les cas dans lesquels la responsabilité d'un médecin peut être engagée sont si variés, si insaisissables, échappent tellement à toutes les previsions, qu'il faut nécessairement ne rien changer à ce qui est, s'en rapporter à la sagesse et aux lumières des tribunaux, dont la jurisprudence repousse généralement, d'ailleurs, la responsabilité pour faits de pratique. Nous ajouterons encore avec l'auteur, et pour répondre aux déclamations que l'on a fait entendre sur l'indépendance nécessaire à notre profession, que voici bien des siècles que les médecins vivent sous l'empire de la législation qui admet la responsabilité, et nous ne sachions pas qu'elle ait encore arrêté les études médicales.

M. Trebuchet termine la partie de son ouvrage qui est consacrée à la médecine et à la chirurgie, par quelques considérations générales sur l'exercice de ces professions. Il pense que la législation qui les régit ne mérite pas tout le mal qu'on en a dit, et qu'il suffirait de rendre plus forte et plus sévère la pénalité de l'exercice illégal pour s'opposer avec succès à ces envahissemens dangereux du charlatanisme, qui pèse principalement sur les classes peu éclairées de la société.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, qui traite de la jurisprudence de la pharmacie, l'auteur expose avec soin la législation des remèdes secrets, cette autre plaie de la société. Nous regrettons de ne pouvoir pas donner le résumé de cette discussion.

Une table générale des matières par ordre alphabétique, termine l'ouvrage, et ne contribuera pas peu à en augmenter l'utilité, en facilitant les recherches de détails trop nombreux et trop divers pour se prêter à une classification bien méthodique.

L'ouvrage de M. Trebuchet, outre son intérêt propre, en a un de circonstance; c'est de nous faire mieux connaître la législation de notre profession, au moment où l'on appelle de tous côtés une réorganisation; c'est d'en avoir exposé, discuté l'esprit avec science et lucidité. Les médecins ne doivent pas seulement lui savoir gré de leur avoir donné un excellent guide dans des matières difficiles et étrangères à leurs études, mais encore de leur fournir un soutien, une autorité puissante lorsqu'ils discuteront des questions où l'on serait assez disposé à contester leur incompétence ou leur impartialité.

R. D.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1835.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Leçons de clinique chirurgicale, sur les luxations de l'avant-bras, sur celles de la jambe et sur les fractures du genou; par M.* GERDY. *Recueillies et publiées sous ses yeux, par M.* BEAUGRAND, *interne.*

I. LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT.

La luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant est niée généralement sur l'autorité de nos auteurs classiques les plus recommandables ; cependant plusieurs chirurgiens en ont cité des observations authentiques. D'autres l'ont décrite, mais peut-être, plutôt d'après le raisonnement, que d'après l'expérience.

Aux faits que la science possède déjà, nous allons en ajouter un nouveau; mais nous jetterons auparavant un coup d'œil rapide sur les premiers. L'ensemble de ces faits nous permettra de tracer une esquisse de cette maladie. Rouyer, (*voy.* plus bas l'historique) parle d'une femme qui, tombant d'un lieu élevé, eut une luxation du radius en avant, et il ne donne pas d'autres détails (1).

A. Cooper en cite huit observations (2) dont quatre lui sont

(1) *Journal-général de Médecine*, avril 1818.
(2) *Treatise on dislocat.*

propres. Ces observations sont très peu détaillées. La cause est indiquée d'une manière générale pour toutes. Cet accident arrive, dit-il, dans les chutes sur la main, le bras étant dans l'extension. Dans presque tous les cas, l'accident affecta des adultes. Voici, au reste, le sommaire de ces observations :

1.° Sir A Cooper, étant étudiant à l'hôpital de Saint-Thomas, vit une femme sur laquelle M. Clin essaya inutilement de réduire une luxation du radius en avant.

2.° Le même fut appelé par M. Balmann, pour voir un jeune garçon (*lad*) atteint du même accident, et qui fut pendant une heure et quart, soumis à des tentatives de réduction, mais sans succès.

3.° Il réussit mieux auprès d'un coiffeur qui s'était luxé le radius. Le blessé s'étant évanoui pendant l'examen du membre, Sir A. Cooper profita de cette circonstance, et réduisit l'os en plaçant le coude sur son pied, tandis qu'il exerçait des tractions sur l'avant-bras.

4.° On obtint le même succès sur un autre malade que l'on fit placer sur un sopha, le bras appuyé sur le dos de ce meuble, tandis que l'on tirait sur la main, sans agir sur le cubitus; en quelques minutes l'os reprit sa place.

5.°, 6.° et 7.°. Ces observations sont dépourvues de détails.

8.° M. Tyrrel a communiqué à Sir A. Cooper quelques détails relativement à un tailleur qui, depuis 7 à 8 mois, portait une luxation du radius non réduite; les mouvemens étaient redevenus assez faciles.

En résumé, la réduction ne fut obtenue que trois fois.

M. Willaume (1) a donné l'histoire très-détaillée d'un enfant de sept ans, qui, dans une chute sur la main, éprouva l'accident dont nous parlons. La maladie fut reconnue à la déformation de l'articulation, et à la présence de la tête du

(1) *Archives-gén. de Médecine*, tome XVI, an. 1823.

radius au pli du coude. On le réduisit avec assez de facilité.

A la suite du mémoire de M. Willaume, se trouve une note du rédacteur des *Archives* qui rapporte qu'un de ses collaborateurs éprouva dans son enfance une lésion semblable et encore à l'occasion d'une chute : cette luxation ne ne fut pas réduite.

Enfin, plus récemment encore, M. Dugès a inséré dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (1), un mémoire sur quelques cas notables de luxations et de fractures, dans lequel il rapporte (p. 196) trois nouveaux exemples de la luxation dont il s'agit. — 1.re Obs. Un enfant de 3 ans est tiré avec violence par la main droite : douleur vive, immobilité de l'avant-bras, qui est fléchi et en supination presque complète ; pronation empêchée. — Réduction au moyen de l'extension sur la main inclinée vers le bord cubital ; *claquement* au moment de la rentrée de la tête osseuse. — 2.me Obs. Une femme accouche dans une voiture ; son enfant roule à ses pieds, et se luxe le radius ; l'enfant étant mort, le diagnostic fut vérifié par l'ouverture. — 3.me Obs. Un autre enfant du même âge que le premier, eut, dit M. Dugès, le poignet luxé par la même cause, la réduction fut obtenue. Un quatrième cas, dont les détails ne nous ont pas été transmis, a été communiqué à M. Dugès par le frère de Béclard ; il s'agissait encore d'une luxation analogue chez un très-jeune enfant. Voici maintenant celui que nous avons observé.

Rolet, âgé de 8 ans, jouait, le 5 octobre, avec quelques autres enfans, dans une charette vide. Ayant voulu sauter à terre, son pied heurta contre la roue, et il tomba en avant. Tout le poids de son corps porta sur la main droite qu'il avait étendue pour préserver sa tête. Il sentit immédiatement une douleur dans tout l'avant-bras, et ce membre devint, dès-lors, incapable d'exécuter le moindre mouvement. On conduisit le blessé, sur-le-champ, à l'hô-

(1) Tome IV, année 1831, p. 193.

pital Saint-Louis. A son arrivée l'avant-bras est très-légèrement fléchi sur le bras, et la main dans une demi-pronation. La direction du radius semble changée; il se porte directement en haut, vers le milieu du pli du bras; l'ensemble des muscles qui s'insèrent à la tubérosité externe de l'humérus, ne fait pas, comme de coutume, une saillie arrondie en dehors du pli du coude; toute cette masse charnue s'est portée en dedans, et augmente le diamètre antéro-postérieur de l'avant-bras; le toucher fait reconnaître, au-devant de l'articulation cubito-humérale, une éminence osseuse, lisse et polie, qui se continue avec le radius dont nous avons signalé la direction vicieuse; en outre, au sommet de cette éminence, on peut parfaitement constater avec le doigt, l'existence de la dépression centrale qui caractérise l'extrémité supérieure du radius. A de pareils symptômes, il est impossible de ne pas reconnaître une luxation de l'extrémité supérieure du radius, en haut et en avant, une mobilité et une crépitation manifestes, un peu au-dessous de la partie moyenne du cubitus, dénotent suffisamment une fracture de cet os. Nous procédons sur-le-champ à la réduction. Pour cela, le petit malade ayant été mis sur son séant, un aide saisit l'humérus un peu au-dessus du coude, et le maintint immobile; un second aide s'empara de la main, qu'il ramena à une supination modérée, et sur laquelle il exerça des tractions médiocres, en même temps qu'il l'inclinait vers le bord cubital. Profitan de ces efforts, je refoulai avec les deux pouces, la tête du radius en arrière et en dehors, tandis que mes doigts fléchis soutenaient la partie postérieure de l'articulation et prenaient sur elles un point d'appui. Bientôt, l'os déplacé parut avoir repris ses rapports naturels; mais, au moment de sa réduction, nous n'entendîmes pas le choc signalé par les auteurs. L'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras fut appliqué, avec la précaution de mettre sur l'extrémité supérieure du radius et en avant, une petite compresse

pliée en plusieurs doubles et destinée à prévenir un déplacement consécutif, en augmentant la pression d'avant en arrière. Cette observation, jointe à toutes celles que nous avons déjà citées ne doit, je le pense, laisser aucun doute sur la possibilité d'un déplacement de l'extrémité supérieure du radius en avant. Il me reste maintenant à examiner les causes, les symptômes, les variétés que cette affection peut offrir les moyens de la distinguer des lésions qui pourraient la simuler, et enfin à poser les indications curatives qu'elle présente.

Causes. — On a depuis long-temps signalé l'enfance comme prédisposant aux luxations, tant à cause de la faiblesse des ligamens à cette époque de la vie, que du peu de fragilité des os qui se déplacent plutôt que de se rompre. Cette remarque générale est-elle applicable aux cas dont il s'agit? Si nous tenons compte de l'âge dans les seize observations indiquées plus haut, nous voyons que, dans huit cas, l'accident est survenu chez des enfans. Du reste, presque toujours, il a été déterminé par une chute sur la main.

Les auteurs qui rejettent l'existence de la luxation en avant, disent que quand on tombe sur la paume de la main, celle-ci étant en pronation, le radius se trouve dirigé par rapport à l'humérus de bas en haut et d'avant en arrière, et que dès-lors la luxation, quand elle arrive, aura toujours lieu dans ce dernier sens : il y en a effectivement des exemples. Toutefois l'expérience paraît avoir démenti cette supposition; et, en effet, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que l'avant-bras restât fléchi. Si, au contraire, il se trouve étendu lorsqu'on tombe sur la main, ne sera-t-il pas possible que l'effort agisse de manière à étendre brusquement et davantage l'avant-bras, ou mieux encore à le renverser et à le fléchir en arrière ; alors le radius ne pourrait-il pas glisser d'arrière en avant et se luxer? N'est-il pas très-probable que les choses se passent

ainsi, et que tel a été le mécanisme de la luxation dans les cas que nous avons rapportés? Peut-être d'ailleurs la contraction violente et instantanée du biceps brachial y a-t-elle concouru. Je ne rappellerai pas l'opinion de Sir A. Cooper qui explique (1) le mécanisme de cette luxation par une sorte de rebondissement qu'éprouverait la tête du radius en pressant brusquement sur l'extrémité supérieure du cubitus. Une pareille supposition n'est véritablement pas admissible. D'autres chirurgiens, Léveillé, Delpech, MM. Richerand, Marjolin, etc., qui admettent le déplacement dont nous parlons, prétendent qu'il est produit dans des mouvemens de supination forcée. Il est facile de voir que les faits publiés jusqu'à ce jour ne sont nullement d'accord avec cette opinion. Mais quel que soit, au reste, le mécanisme des luxations en avant, les exemples que nous avons rappelés et celui que nous venons de rapporter avec détail ne laissent aucun doute sur la possibilité de cette espèce de luxation.

Caractères anatomiques. — Il est probable que dans cette affection, et particulièrement dans le cas que nous avons eu sous les yeux, le ligament antérieur de l'articulation était rompu, seulement au-devant de la tête du radius, ainsi que la capsule synoviale; que le ligament latéral externe était dirigé en avant avec le ligament annulaire accompagnant le col de l'os; mais que ces ligamens n'étaient point rompus ou ne l'étaient qu'en partie; que la tête du radius devait soulever l'extrémité inférieure du biceps, repousser en dedans l'artère brachiale et les branches qui en naissent; enfin que la synovie dut s'échapper en partie de l'articulation, et quelques gouttes de sang y pénétrer.

Symptômes. — Examinons successivement les différens symptômes offerts par notre petit malade. 1.° La main était

(1) *Treatise on dislocat.* P. 350.

dans une *demi-pronation.* Cette attitude s'est rencontrée la même dans les différens cas que nous avons rapportés, et au premier coup-d'œil, on voit là une contradiction avec ce qu'ont écrit MM. Delpech, Marjolin et d'autres, qui ont considéré la supination comme signe en quelque sorte pathognomonique de cette maladie; mais en y réfléchissant la difficulté s'éclaircit bientôt. En effet, dans l'état ordinaire, lorsque l'avant-bras repose par son bord cubital sur un plan horizontal, et qu'on l'abandonne à son poids, la main tombe en pronation, le pouce vient à appuyer sur le plan de sustentation, et on ne peut, sans un effort musculaire, tenir le pouce relevé, et le membre dans l'attitude qu'on a nommé demi-pronation. Or, dans le cas actuel, le malade gardait cette position sans que sa volonté y prît part. Il y avait donc, par suite du déplacement, obstacle à la pronation et tendance à l'attitude contraire; cela résulte d'ailleurs d'une loi générale des luxations; savoir, que le membre est incliné dans le sens inverse de celui où s'est fait le déplacement. 2.° *L'avant-bras était très-légèrement fléchi sur le bras.* La flexion ne peut être portée très-loin, car alors la tête du radius vient arcbouter devant et contre l'extrémité inférieure de l'humérus, et s'oppose à ce que l'avant-bras puisse être rapproché du bras au-delà de certaines limites. Ce fait est néanmoins contraire à la loi ou au fait bien plus général que je viens de rappeler; car, d'après cette loi, il devrait y avoir extension. Mais s'il n'y a pas extension, il y a du moins possibilité d'étendre et impossibilité de fléchir l'avant-bras comme d'habitude. 3.° Le *radius* suivait la direction d'une ligne qui, de la partie externe du poignet, se rendait au milieu de l'articulation huméro-cubitale, et là se faisait sentir son extrémité. Le malade étant très-maigre, les parties osseuses étaient très-faciles à reconnaître; mais je crois que, sur un sujet chargé d'embonpoint, et surtout chez les femmes dont les membres sont arrondis, le déplacement pourrait peut-être devenir

difficile à constater. 4.° J'en dirai autant de la *déformation* que présente l'articulation huméro-cubitale. Sensible chez une personne maigre, ce signe serait moins appréciable dans les circonstances que nous venons de citer. Il y avait en outre chez notre malade fracture du cubitus. On sait que dans ces fractures le fragment supérieur doit à son mode partilier d'union avec l'humérus, de ne point être porté dans l'espace inter-osseux; le fragment inférieur seul peut l'être. Mais ici, suivant toutes les probabilités, le cubitus n'a été rompu que lorsque le radius luxé a laissé porter sur lui tout le poids du corps. Par suite de ce déplacement primitif, le radius se trouverait déjà entraîné en dedans; le fragment inférieur de l'os fracture a pu conserver sa position naturelle.

Diagnostic. — Quelles sont les lésions avec lesquelles cette luxation pourrait être confondue? 1.° L'accident ayant eu lieu chez un enfant, il était permis de croire à un décollement de l'apophyse supérieure qui serait restée embrassée par l'anneau ligamenteux, tandis que l'effort musculaire en aurait arraché le corps de l'os pour le porter en avant et en dedans. Le peu d'épaisseur des parties molles qui recouvraient le radius, permettait de reconnaître chez Rolet la forme de la tête radiale, mais sur un sujet très-gras on n'aurait pour signe différentiel que la hauteur moins considérable à laquelle on sentirait l'extrémité de l'os déplacé. A cela on peut ajouter que la flexion de l'avant-bras sur le bras pourrait être ici portée plus loin que dans la luxation. En tous cas l'erreur ne serait pas nuisible, car l'indication est toujours la même. 2.° Une fracture du col du radius par cause indirecte est très-rare, surtout chez un enfant. Toutefois cet accident n'étant pas complètement impossible, il est bon de le prévoir. S'il arrivait, le fragment inférieur serait aussi porté en dedans, mais son extrémité répondrait moins haut que dans le cas de luxation. Si le sujet était maigre, on pourrait

sentir des inégalités, et en refoulant le fragment en dehors et lui faisant exécuter quelques mouvemens, on percevrait la crépitation, signe certain de la fracture. Le *prognostic* n'offre ici rien d'alarmant; il est subordonné à l'état de simplicité ou de complication de l'accident. Cependant on doit craindre de ne pas pouvoir réduire la luxation, comme le démontrent plusieurs des observations citées par sir A. Cooper. Mais ici, il faut le dire, et cette circonstance est importante à noter, il s'agissait d'adultes, tandis que dans tous les autres cas, c'étaient des enfans.

Traitement. — 1.° *Réduction.* Les uns, à l'exemple de Duverney, (1) veulent qu'on porte la main dans la supination; les autres (Leveillé (2), Richerand (3)) disent qu'il faut la placer dans la pronation. Du reste, tous s'accordent à prescrire de presser avec le pouce sur la tête déplacée. Cette divergence d'opinion sur le premier point vient de ce que les seconds considèrent la luxation comme le résultat d'une supination forcée, et croient que le membre après l'accident reste dans la supination vicieuse qui a produit le déplacement; mais nous avons vu qu'il n'en est rien. Il y a plus : dans l'observation publiée par M. Willaume (4), la réduction ne put être obtenue par le second moyen, tandis qu'elle le fut avec une extrême facilité en portant la main dans la supination; mais à ces manœuvres, on doit en joindre une autre, qui a pour but de diminuer l'action du biceps et du rond pronateur, c'est de fléchir légèrement l'avant-bras sur le bras, et enfin de pratiquer l'extension sur le radius seul, en inclinant la main vers le bord cubital. C'est à l'aide de ces moyens combinés que nous sommes parvenus sans peine à faire rentrer la tête du radius dans sa place accoutumée.

(1) *Traité des Mal. des os.* T. II, p. 185.
(2) *Nouvelle doctr. chir.* T. II, p. 115.
(3) *Nosograph.* T. III, p. 203.
(4) *Archives-gén.*, année 1828. T. XVI, p. 179.

Pour maintenir la réduction, on peut, dans le cas de luxation simple, appliquer sur l'extrémité du radius une compresse graduée que l'on fixe à l'aide d'un bandage spiral, et le bras est tenu dans la demi-flexion à l'aide d'une écharpe. Dans les cas où il y a complication, il faut nécessairement subordonner ses manœuvres à l'urgence des circonstances présentes.

Historique. — *Hippocrate* revient à plusieurs reprises sur les luxations du coude, dans le *Traité des fractures* d'abord, puis dans celui des *Articles*, et enfin, dans le *Mochlique*, mais sans distinguer les cas dans lesquels le radius s'est seul déplacé. Celse (1) ne parle que des déplacemens des deux os ou du cubitus seul, et Galien (2), dans ses Commentaires sur Hippocrate, n'ajoute rien aux considérations du Père de la médecine sur les luxations du coude. On trouve quelque chose de plus satisfaisant dans le livre d'Héliodore, sur les machines, transmis jusqu'à nous par Oribaze (3), et qui fait regretter plus vivement la perte de ses autres écrits. Nous lisons au chapitre XIV, intitulé : *De Cubito et Radio*, les passages suivans dont le sens ne saurait être un instant douteux : « *Moretur perse cubitus interdùm loco et rursùs per se radius diducitur, iis modis quo in opere de articulis declaravimus.* »

Quelques lignes plus bas, il ajoute : « *Sin radius in priorem* PARTEM *convertatur, expedit premendo et circumducendo impellere, quemadmodùm ostendimus ubi utrumque os in priorem partem elapsum ponebamus : exquisitos autem reponendi modos in opere de articulis exposuimus.* Héliodore connaissait donc parfaitement la luxation du radius en avant (4). Quant à Paul d'Ægi-

(1) Lib. VIII, cap. XVI.
(2) *Charter.* T. XI, *passim.*
(3) *Charter.* T. XI, p. 564.
(4) Liv. VI, cap. CXV; et T. II, lib. 2, fen. 5, tract. 1, cap. XV, p. 177.

nes, il ne fait que copier Hippocrate et Celse. Avicenne avait bien reconnu que les deux os de l'avant-bras pouvaient se luxer séparément, et même il avait remarqué que cet accident arrivait plus rarement au radius et qu'il était accompagné de moins de difformité. Parmi les Arabistes, G. De Salicet (1) ne dit presque rien de la lésion qui nous occupe ; il n'en est pas de même de Guy de Chauliac (2), qui reproduit à-peu-près le passage d'Avicenne. Vigo (3) ne traite que des dislocations des deux os. Tagault (4), dans ses généralités sur les luxations, établit une distinction suivant que l'os *tombe de son lieu* (*exarthrema*), *ou qu'il s'en écarte seulement*, par exemple, *le radius du cubitus* (parathrema). A. Paré (5), Fabrice d'Aquapendente (6), ne nous donnent rien de curieux à noter sur ce sujet. J'en dirai autant de Verduc (7), et même de J. L. Petit (8), qui rejette comme impossible l'écartement des deux os de l'avant-bras. Il faut arriver à Duverney (9) pour voir la question traitée avec détail ; il cite plusieurs auteurs voisins de son époque, qui avaient reconnu la luxation du radius seul, et signalé, comme cause de cet accident, une extension violente ou une chute ; mais il ne parle pas du transport de l'os en avant. La luxation qu'il décrit n'est qu'une luxation incomplète du radius sur l'humérus ; car il pense que les deux os de l'avant-bras sont trop fortement unis ensemble pour pouvoir être complètement disjoints. En 1786, Rouyer présenta à l'Académie royale de chirur-

(1) *Traité* 3, cap. XXII.
(2) *Traité* V, doct. II, chap. V, p. 406, trad. de Jourdain.
(3) Lib. VI, *Tract. de dislocat.*, cap. V.
(4) Liv. V, chap. I.er
(5) Liv. XVI, chap. XXX.
(6) Part. I, liv. V, chap. V.
(7) *Pathol. de chir.* T. I, p. 518.
(8) *Traité des Mal. des os.* T. I, p. 189.
(9) *Loc. citat.*

gie un mémoire sur le diastasis, qui fut couronné la même année, et dans lequel il rapporte quatre cas de luxation du radius en avant. Ce mémoire n'est point imprimé, du moins à ma connaissance. Le même chirurgien (1) publia, en 1818, une notice dans laquelle il donne un extrait de son mémoire, et qui contient une description bien faite sous le rapport symptomatologique. Mais déjà Leveillé (2), Delpech (3) et Richerand (4) avaient décrit, comme s'observant dans la pratique, le déplacement en avant; ils lui avaient assigné pour cause une supination forcée, et pensaient que le membre restait dans cette position. Cependant, dit Delpech, on a vu le membre dans l'attitude contraire, ce qui l'étonne beaucoup. Nous avons fait voir plus haut que ce que Delpech croyait une exception, était le cas le plus commun. Dans le même temps, Boyer niait l'existence de cette luxation et ne voulait reconnaître que celle en arrière. Contradictoirement à cette opinion, M. Willaume publia, dans les *Archives*, l'observation dont nous avons parlé, qu'il accompagne de réflexions extraites en grande partie de la notice de Rouyer. Mais l'ouvrage dans lequel la question se trouve le plus largement développée, c'est le Traité de Sir A. Cooper : *On Dislocations and fractures* : seulement on regrette que les observations rapportées par l'auteur soient aussi incomplètes. Après tant d'auteurs qui mentionnent cette maladie et apportent leurs preuves à l'appui, je suis étonné que M. Sanson, dans l'article si complet d'ailleurs qu'il a publié dans le Dictionnaire en 15 vol., adoptant l'opinion de Boyer, ne veuille admettre que la luxation en arrière. Je terminerai par une remarque générale sur la luxation : c'est qu'il

---

(1) *Journal-général de Méd.*, avril 1818.
(2) *Nouv. doct. chir*, T. II, p. 114.
(3) *Mal. rép. chir.* T. III, p. 95.
(4) *Nosographie.* T. III, p. 203.

est impossible de fixer *à priori* des limites aux déplacemens des os, et en effet, on rencontre à cet égard les désordres les plus bizarres et les plus inexplicables.

Luxations latérales du radius. — Hors une observation citée dans le *Traité des fractures et luxations*, de sir A. Cooper(1), je ne connais pas, dans les auteurs, d'exemple de luxation latérale du radius.

Voici le cas rapporté par le chirurgien anglais:

M. Freeman a montré à sir A. Cooper un homme de 35 ans qui, à l'âge de 12 ans, fut emporté par son cheval, et heurta violemment du coude contre un arbre, tandis qu'il portait en avant son bras fléchi pour préserver sa tête. L'olécrâne fut brisé, et le radius luxé en dehors et en haut du condyle externe de l'humérus. Quand le bras est fléchi la tête du radius dépasse l'humérus. Cet individu peutse servir de son bras, mais la flexion et l'extension ne peuvent être effectuées complètement.

Il y a quelque temps, le hasard m'a offert un cas semblable à la consultation de l'hôpital St.-Louis, et je regrette vivement que le malade qui me l'a présenté ait manqué à la promesse qu'il m'avait faite de revenir me voir. Voici ce que mon souvenir me retrace de ce fait : L'accident est arrivé dans l'enfance, je crois, à l'occasion d'une chute. Depuis lors le radius est resté en dehors de l'articulation. Quand l'avant-bras est fléchi, la tête du radins fait une saillie considérable en dehors de l'épicondyle; et non-seulement le doigt peut sentir et apprécier les formes de la capsule qui termine le radius, mais même la peau conserve habituellement en ce point une dépression qui s'est moulée sur la tête de l'os déplacé. Les mouvemens de flexion et d'extension s'exécutent avec facilité, le malade n'est nullemennt gêné par cette conformation vicieuse de l'articulation du coude.

(1) Page 354. *Loc. cit.*

Tout incomplet qu'il est, ce fait m'a paru assez intéressant pour devoir être publié à la suite de ceux qu'on vient de lire.

II. LUXATIONS DE LA JAMBE.

La luxation de la jambe en avant est une affection tellement rare, que plusieurs auteurs modernes en donnent une description qui paraît plutôt fondée sur le raisonnement que sur l'observation. Le fait que je vais rapporter est le premier que j'aie rencontré; et nous verrons, en terminant, que plusieurs auteurs anciens l'ont niée positivement.

Les observations qui existent déjà dans la science se trouvent éparses dans plusieurs ouvrages et me semblent peu connues. Je ne crois donc pas hors de propos d'en rapporter ici quelques-unes, afin de les comparer à la nôtre et d'en tirer quelques conséquences générales.

1.° Sir A. Cooper, auquel on doit tant d'observations intéressantes sur les maladies des os, rapporte, dans ses *Essais de chirurgie* (1), l'histoire un peu trop abrégée d'un homme qui entra à l'hôpital de Guy, avec une luxation du tibia en avant, et une fracture compliquée de l'autre jambe. Les signes étaient les suivans : élévation du tibia et abaissement du fémur qui était porté un peu en arrière. Le fémur exerçait une telle pression sur l'artère poplitée, que l'on ne sentait pas battre la tibiale antérieure sur le pied. La rotule et le tibia étaient portés en avant. La réduction eut lieu avec une grande facilité, et à peine fût-elle obtenue, que les battemens reparurent dans les divisions de l'artère poplitée.

On lit dans les *Archives générales de médecine* (2), que M. Duvivier présenta, en 1829, à l'Académie de Médecine,

(1) Tome II, page 197.
(2) Tome XX, an. 1829, p. 292.

un officier supérieur des gardes-du-corps, qui, l'année précédente, avait fait une chute de cheval et s'était *luxé* le genou de telle sorte que le tibia était en devant et en dehors du fémur : la réduction fut facile. On ne dit pas comment elle fut faite. Le blessé *guérit parfaitement*, sauf un peu de gêne dans les mouvemens de flexion, qui persistait encore à l'époque où cette observation fut rendue publique.

Je trouve dans le même recueil (1) le fait suivant, emprunté à une thèse soutenue par M. Garnier, à la Faculté de Montpellier. Un jeune homme étant sur le pont d'un bâtiment pendant une manœuvre, eut la cuisse violemment frappée par un cable qui se raidit brusquement. On l'examina sur-le-champ, et on reconnut que le genou était déformé. La jambe était immobile, un peu raccourcie, et le pied dans sa rectitude naturelle. Mobilité de la rotule en tous sens, et de chaque côté de cet os dépression marquée. Les extenseurs de la jambe étaient relâchés, et les fléchisseurs au contraire fortement tendus. Les condyles faisaient en arrière une saillie bien marquée. La réduction n'offrit aucune difficulté, et fut suivie de douleurs légères que calmèrent des fomentations émollientes et le changement de la position droite du membre en la situation demi-fléchie. Au bout de *dix jours* le blessé put faire quelques pas sans soutien étranger, et un mois après il marchait facilement, quoique le genou fût encore un peu raide.

Observation. — Le 4 décembre, est entré dans mon service, le nommé Regnier, charpentier, âgé de 36 ans, homme doué d'une vigoureuse constitution et d'un tempérament pléthorique.

Le jour même, dans la matinée, il travaillait au quatrième étage, à la cage d'un escalier; en passant sur des charpentes, chargé d'une grosse pièce de bois, le pied lui man-

(1) Tome XXVI, an. 1831, p. 420.

qua, et il fut précipité de cette hauteur dans un escalier de cave. La tête ne porta pas, il ne perdit pas connaissance, mais il ne put se relever et sentit immédiatement une douleur aiguë et une tension très-forte dans l'articulation du genou gauche. Transporté aussitôt à l'hôpital Saint-Louis, nous l'examinâmes soigneusement, et voici ce que nous reconnûmes :

La jambe gauche était d'un demi-pouce plus courte que celle du côté opposé, et légèrement fléchie en arrière. En palpant l'articulation, il était facile de constater que le tibia avait subi un double déplacement, et qu'il s'était porté en avant et en dedans du fémur. Ainsi, la tubérosité interne du tibia était saillante à la partie antérieure interne, à tel point qu'on pouvait, en déprimant la peau, plonger la main dans la cavité articulaire qui reçoit le condyle interne du fémur, et toucher l'épine supérieure du tibia. La tubérosité externe était cachée sous le tendon de la rotule, et sous la rotule elle-même; le condyle interne tendait violemment le faisceau des muscles internes du jarret, dont il était recouvert, et la main ne pouvait en apprécier exactement les formes; le condyle externe, moins reculé en arrière, tendait aussi très-fort le biceps et la tête correspondante du jumeau. — L'épine antérieure du tibia, la facette triangulaire qui la surmonte, et le tendon rotulien, étaient tellement saillans en avant, que je pris d'abord l'éminence qu'ils formaient pour la rotule; mais je reconnus bientôt que celle-ci était immédiatement au-dessus, couchée obliquement sur la surface supérieure du tibia, entre cette extrémité et le fémur, où elle se trouvait retenue par les muscles extenseurs de la jambe, bridés eux-mêmes par l'aponévrose fémorale. Au-dessus et en dehors du genou, existait un gonflement œdémateux très-considérable; le mollet était également altéré dans ses formes.

Le malade ne *pouvait* fléchir la jambe, et y ressentait une douleur sourde, qui s'exaspérait dès qu'on voulait lui

faire exécuter le moindre mouvement. Le diagnostic ne pouvait offrir de difficulté ; le tibia était luxé en avant et en dedans du fémur, mais incomplètement dans ce dernier sens; ainsi, la tubérosité interne dépassait le condyle correspondant du fémur, et la tubérosité externe était en rapport avec la gorge qui sépare les condyles.

Outre ce grave désordre du côté du genou, le malade présentait encore une fracture de côtes que je mentionne ici seulement, et qui n'a rien offert de bien remarquable dans sa marche. Je reviens donc à ce qui fait le sujet de cet article. Le malade avait été apporté à midi, et presque sur-le-champ, une cinquantaine de sangsues furent appliquées sur le genou, et de plus une forte saignée fut pratiquée. A cinq heures du soir, nous procédâmes à la réduction. Un lac fut solidement fixé à la partie inférieure de la jambe, jusqu'aux tubérosités du tibia, afin de répartir les puissances extensives sur les plus larges surfaces possibles. Trois aides devaient exercer des tractions à un signal donné, d'autres maintenaient le blessé immobile dans son lit. Tandis que les personnes chargées de ce soin pratiquèrent l'extension, je refoulai l'extrémité supérieure du tibia en bas et en arrière et en dehors; alors un craquement se fit entendre, et le genou ayant repris sa forme naturelle, nous fûmes convaincus que la réduction s'était effectuée. Les manœuvres ne causèrent pas une douleur très-violente au malade, et tout fut d'ailleurs bien promptement terminé. (Compression du genou et lotions froides sur le bandage). La nuit fut très-calme.

Le lendemain matin à la visite, le malade put, à notre grand étonnement, soulever seul le membre blessé : il n'y éprouvait pas la moindre douleur. Il en fut de même des jours suivans. Deux autres saignées furent encore faites pour calmer quelques accidens survenus du côté de la poitrine. Le 19 décembre, quinze jours après l'accident, il essaya de marcher, mais sa jambe était encore trop faible

pour le soutenir. Aujourd'hui 25 décembre il se lève et marche très-facilement, le genou conserve à peine un peu de faiblesse.

Causes. — Pour que la luxation du tibia en avant soit produite, il faut que la partie inférieure du fémur soit fortement portée en arrière, tandis que le tibia est entraîné en sens contraire ou retenu en place. C'est ce qui est arrivé chez le malade de M. Garnier. Comment le déplacement a-t-il eu lieu chez notre sujet? Il est impossible de le déterminer d'une manière précise, puisqu'il ignore complètement les circonstances de sa chute.

Symptômes. — 1.° *Raccourcissement du membre.* Ce phénomène s'explique naturellement par la position des parties déplacées. Il est peu marqué. Cependant il est noté par Sir A. Cooper et M. Garnier. Dans notre observation, il y avait à-peu-près une différence d'un demi-pouce entre les deux membres.

2.° *Flexion du membre en arrière.* Elle était très-faible; cette position du membre n'a pas été bien indiquée par les auteurs, et pourtant elle a dû se présenter dans les différens cas que nous avons cités. On en comprendra aisément la raison si l'on se rappelle la loi que nous avons déjà signalée à plusieurs reprises, sur la direction des os luxés, et l'état de tension extrême des muscles fléchisseurs. Aussi je ne conçois guères comment la jambe pourrait être fléchie sur la cuisse de manière à former avec elle un angle saillant en arrière, ainsi qu'on l'a prétendu.

3.° *Immobilité du membre.* Nous avons pu constater que, contradictoirement à l'opinion de MM. Boyer, Sanson, etc., la jambe était immobile sur la cuisse; la même chose s'est rencontrée dans l'observation de M. Garnier, et probablement dans les autres; car, pour que la jambe fût mobile sur la cuisse, comme le veulent les auteurs que je viens de citer, il faudrait que tous les ligamens, et même les insertions tendineuses, fussent déchirées et rompues, et

nous verrons plus loin que le désordre n'est pas aussi grave qu'on l'a pensé.

4.° *Déformation du genou.* La présence de l'extrémité supérieure du tibia au-devant des condyles du fémur, amène nécessairement une grande déformation du genou. Quand le gonflement n'est pas trop considérable, on peut apprécier avec toute la rigueur possible la forme des parties déplacées, et dès-lors reconnaître exactement l'étendue et la nature du déplacement; c'est ce qui nous est arrivé.

5.° *Déplacement.* Le tibia n'est pas toujours porté seulement en devant; il se trouve, dans certains certains cas, entraîné en même temps, soit en dedans, soit en dehors. Notre observation et celle de M. Duvivier le démontrent.

6.° Sir A. Cooper a noté un accident assez curieux et que j'ai pu constater sur mon malade; je veux parler de la pression éprouvée par l'artère poplitée qui détermine la suppression des battemens dans ses divisions. Du reste, ce phénomène n'a aucune valeur comme signe diagnostique.

7.° *La douleur* n'a pas été aussi violente qu'on pourrait le penser; elle s'exaspérait et devenait très-forte quand on essayait de faire exécuter au membre quelques mouvemens; mais à l'état de repos elle était tolérable.

Diagnostic. Je ne vois guère que la fracture du fémur immédiatement au-dessus des condyles, qui puisse simuler la luxation du tibia en avant. Dans cette fracture, les muscles jumeaux et poplité font basculer le fragment inférieur sur la surface articulaire du tibia, portent son extrémité supérieure dans le creux du jarret, et déforment le genou. Il serait donc possible, au premier abord, de se méprendre; il serait possible aussi de confondre une luxation avec une fracture, si l'on y regardait avec peu d'attention, surtout avec l'idée qu'ont beaucoup de chirurgiens de l'impossibilité d'un déplacement complet du tibia en avant. On pourra éviter l'erreur, si l'on fait attention que dans la fracture les surfaces articulaires sont encore en contact; et dès-lors saisis-

sant fortement les condyles de manière à les maintenir immobiles, on pourra faire exécuter à la jambe des mouvemens de flexion et d'extension mécaniquement impossibles dans la luxation. Si l'état des parties le permet, on sentira à travers la peau dans le creux poplité, les inégalités de la surface de la cassure; une extension médiocre, et quelques pressions exécutées d'arrière en avant sur l'os déplacé, pourront le ramener au niveau du fragment supérieur, et alors la crépitation pourra ne laisser aucun doute sur la véritable nature de l'accident. Enfin la rotule est saillante dans la fracture, et couchée obliquement sur l'extrémité supérieure du tibia dans le cas de luxation.

Il serait impossible de confondre la luxation en avant avec celle en arrière; le volume des éminences osseuses déplacées s'oppose à toute méprise de ce genre.

Etat des parties. — Sir A. Cooper (1) est le seul à ma connaissance qui nous ait transmis des détails d'anatomie pathologique sur cette affection. Dans un cas de luxation du tibia en avant, compliquée de lésion grave des parties molles, et pour lequel on pratiqua l'amputation, le chirurgien anglais reconnut une déchirure du muscle gastrocnémien externe; le nerf sciatique, l'artère et la veine poplitée, les *ligamens latéraux et croisés*, n'avaient pas été blessés. Mais ici le déplacement n'était pas complet; le condyle externe du fémur était seul passé derrière le tibia.

Chez notre malade, l'inspection des parties faisait aisément connaître quels étaient les rapports nouveaux qu'elles affectaient, et il était facile de voir, comme nous l'avons exposé plus haut, que l'extrémité supérieure du tibia était située en avant et en dedans du fémur. D'un pareil désordre devait nécessairement résulter, 1.° une déchirure du ligament latéral interne; 2.° au moins une violente distension de l'externe; 3.° une déchirure de l'aponévrose fémorale en de-

(1) *OEuv. chir.* T. II, p. 210.

dans et en dehors ; 4.° une rupture, ou peut-être seulement, un tiraillement des ligamens croisés. Cependant il n'est guère possible que l'interne ait pu conserver sa continuité : et enfin distension des vaisseaux et nerfs poplités. L'artère était comprimée à tel point, que ses battemens n'étaient plus perceptibles au jarret.

Prognostic. Lorsqu'on examine l'articulation du genou, on est frappé de la force, du nombre et de la disposition particulière des moyens d'union dont l'ensemble est admirablement disposé pour la solidité et pour les mouvemens que la jambe doit exécuter sur la cuisse. Aussi n'est-il pas étonnant que certains chirurgiens aient regardé comme si graves les luxations complètes du genou, qu'ils n'ont pas craint de proposer l'amputation comme seule et unique ressource à laquelle on devait avoir promptement recours si l'on ne voulait voir survenir une inflammation terrible, la gangrène, etc., etc. C'est ainsi que J. L. Petit, Duverney, Heister lui-même, quoique l'observation si connue qu'il rapporte eût dû le désabuser, posent en principe l'ablation du membre dans les luxations complètes du tibia sur le fémur. Depuis, Boyer, tout en citant les faits empruntés à Lamotte et à Heister, persiste à regarder cette affection comme excessivement grave. D'après les exemples que nous avons rappelés au souvenir des chirurgiens, il n'est plus permis de pro poser un moyen aussi extrême. Faisons toutefois une réserve pour tous les cas que cite A. Cooper (1), et dans lesquels l'articulation était ouverte et les parties molles déchirées et contuses. Quant aux dangers consécutifs, ils sont ceux des lésions articulaires, et déjà Fabrice de Hilden (2) avait remarqué que les *contorsions* des articulations donnaient lieu à des caries quelquefois mortelles. C'est ce que

(1) Tome II, p. 208.
(2) Cent. II, obs. xc.

l'expérience démontre chaque jour. Il faut donc engager les malades à ne pas même fatiguer l'articulation lésée, et à porter une genouillère ou une bande compressive pendant quelque temps.

Traitement. — Je m'arrêterai fort peu sur la réduction ; elle n'offre rien de particulier ; ce que nous avons dit plus haut de la manière dont nous l'avions obtenue, suffit pour faire comprendre ce qu'il convient de faire en pareil cas. Après la réduction et pour prévenir l'inflammation, la compression et des compresses résolutives froides fréquemment arrosées furent appliquées sur le genou. De la glace, si l'on en avait à sa disposition, serait très-bonne, employée d'une manière permanente pendant plusieurs jours. Quant à l'amputation proposée comme seul moyen de sauver le malade dans le cas de luxation complète, nous venons de voir ce qu'il fallait en penser.

Historique. — L'histoire de cette luxation offre ceci de curieux que presque tous les auteurs anciens ont contesté son existence ; il faut pourtant en excepter Celse (1) qui, tout en admettant seulement les déplacemens latéraux et en arrière, rapporte que Megès a vu et guéri un malade atteint de luxation en avant. La raison que ces écrivains donnaient pour nier la possibilité de cette lésion, c'est l'obstacle qu'y opposait la rotule. A. Paré (2) admet le transport du tibia en avant, mais il le croit fort rare. J. L. Petit ne croit guère aux luxations complètes, et il porte sur elles le plus fâcheux pronostic. Plus exagéré encore, Duverney les regarde comme imaginaires. Admises et reconnues dans ces derniers temps, ce n'est qu'avec la plus grande réserve, et en quelque sorte conditionnellement, que Boyer les décrit, qu'il en trace les symptômes. Cet exposé, joint à ce que nous avons dit plus haut, suffit pour montrer combien

(1) Lib. VIII, cap. 21.
(2) Lib. XVI, chap. 4.

l'histoire des maladies des os, et surtout celle des luxations, a besoin de faits et de recherches pour arriver à cette apogée auquel plusieurs personnes la croient parvenue.

III. FRACTURES DU GENOU.

Nous venons de voir que la déchirure des ligamens et les désordres qui se passent dans l'articulation du genou lors d'une luxation, n'offraient pas tous les dangers dont le auteurs classiques nous ont tracé l'effrayant tableau. L'ouverture d'une articulation n'est-elle redoutable que quand il y a communication avec l'air extérieur? C'est ce que semblent prouver les observations que nous venons de citer, et ce que semblent confirmer les fractures de la rotule et des condyles du fémur, dans lesquelles l'articulation est aussi intéressée.

1.° *Fractures de la rotule.* — Ces fractures ne sont pas rares, et si nous en citons un exemple, c'est pour faire ressortir le peu de danger de ces lésions, quoique l'articulation soit ouverte à l'épanchement du sang, et pour démontrer qu'à l'aide d'un appareil convenable une *réunion exacte* peut être obtenue.

Observation. — Mercier (Pierre), âgé de 34 ans, maçon, est doué d'une bonne constitution et habituellement bien portant. Le 28 juin 1834, dans la matinée, il montait une échelle la tête chargée d'une auge remplie de plâtre. Parvenu à la hauteur de trente pieds environ, il manqua un échelon qu'il voulait saisir avec la main, et l'auge le portant en arrière il tomba sur un tas de moellons. La tête porta sur l'angle d'une pierre, et le coin de l'auge le frappa violemment au genou gauche. Mercier ne perdit pas connaissance; il se releva sur-le-champ, et put faire une trentaine de pas, la jambe blessée étant maintenue étendue. Il monta ainsi dans un fiacre, traînant après lui la jambe gauche. Arrivé à l'hôpital, le malade put ainsi mon-

ter l'escalier, et gagner son lit sans trop de difficulté. Outre une plaie de tête peu grave, et dont la guérison n'offrit rien de particulier, l'examen du genou gauche nous fit reconnaître une fracture transversale de la rotule avec écartement d'un demi-pouce environ. Le bandage *invaginé* des plaies en travers fut appliqué avec la précaution de mettre des compresses graduées au-dessus et au-dessous de la rotule, ce qui rendait la coaptation plus exacte encore (1). La jambe fut fixée dans l'extension à l'aide d'une attelle et d'un bandage spiral qui s'étendait de la fesse au talon. Un coussin de balle d'avoine interposé entre le membre et l'attelle, empêchait que la pression de celle-ci ne devînt incommode au malade. Tout l'appareil reposait sur un plan incliné qui maintenait la cuisse fléchie sur le bassin. Quelques douleurs légères qui existaient pendant les premiers jours ne tardèrent pas à se dissiper. Le bandage fut soigneusement resserré chaque fois qu'il se relâchait. Une seule fois il fut renouvelé en entier. Enlevé le 6 août, le 48.ᵉ jour après l'accident, la fracture nous parut parfaitement consolidée. Comparée à celle du côté sain, la rotule n'offrait pas une demi-ligne de différence pour la longueur. Le doigt ne sentait ni dépression, ni la moindre inégalité; seulement il nous parut que les bords latéraux étaient légèrement irréguliers; ainsi le fragment supérieur semblait s'être porté légèrement en dehors et l'inférieur en dedans.

Au bout de quelques jours le malade put marcher, quoique l'articulation malade conservât encore un peu de raideur.

Voilà une fracture de la rotule déterminée par une violence extérieure grave, et tous les accidens se bornent à quelques douleurs ressenties pendant trois ou quatre jours, et néanmoins dans ces fractures l'articulation est

(1) *Voyez Traité des bandages*, page 281.

nécessairement ouverte. Cette observation est une preuve de plus à joindre à toutes celles qui existent déjà, que la rénnion de ces fractures peut se faire très exactement. Des pièces pathologiques l'ont déjà prouvé. Pour obtenir une consolidation exempte de difformité, il faut qne les fragmens soient maintenus dans un contact exact, et tel est le but que l'on doit se proposer dans l'application de l'appareil. Celui auquel nous donnons la préférence, et qui nous a toujours réussi, c'est le bandage unissant des plaies en travers, avec la précaution de mettre des compresses graduées au-dessus et au-dessous de la rotule pour favoriser encore davantage le rapprochement des fragmens, ces moyens sont heureusement secondés par la flexion de la cuisse sur le bassin. Cette flexion détermine le relâchement des muscles extenseurs de la jambe, dont l'action, comme on sait, porte sur la rotule et écarte les fragmens. Du reste, le défaut de réunion exacte n'offre pas de grands inconvéniens. J'ai cité, dans ma *Physiologie* (1), l'observation d'un homme qui, malgré une fracture consolidée avec écartement, pouvait encore faire jusqu'à sept lieues par jour, et j'en ai donné l'explication.

2.° *Fracture des condyles.*

C'est à Desault qu'appartient le mérite d'avoir le premier signalé, à l'attention des chirurgiens, les fractures des condyles de l'humérus et du fémur, et d'avoir démontré que les fractures pénétrant dans les articulations étaient beaucoup moins graves que les anciens ne l'avaient prétendu : cette opinion a été habilement développée par Bichat dans les *Œuvres chirurgicales de Desault*, et il a fait sentir toutes les hypothèses absurdes sur lesquelles les auteurs avaient fondé leurs craintes. L'observation que nous allons rapporter est bien propre à confirmer ces idées, et a faire voir que le nombre des cas de fractures

(1) Tome I.er, page 424.

dans lesquelles l'amputation immédiate a été conseillée est beaucoup plus restreint que certains chirurgiens ne le pensent.

Observation. — Prévost (Etienne), vidangeur, âgé de 32 ans, d'une constitution vigoureuse, était occupé à décharger une voiture, lorsqu'un tonneau du poids de douze à quinze cents livres vint lui frapper violemment la cuisse droite et le renversa par terre. Il lui fut impossible de se relever, et on le transporta à l'hôpital Saint-Louis le 13 mai 1833, quelques heures après l'accident.

Au moment de son arrivée tout le genou droit était énormément gonflé. Au niveau du condyle interne du fémur existait une tumeur d'une couleur violacée, d'un volume égal à celui du poing; la cuisse était légèrement infiltrée de sang et tuméfiée dans sa moitié inférieure. La jambe ne me sembla pas avoir sa direction naturelle; elle formait avec la cuisse un angle obtus saillant en dedans. Les mouvemens de latéralité du genou paraissaient moins limités que de coutume; enfin la mobilité des condyles et la crépitation qu'ils firent entendre prouvèrent l'existence d'une fracture des condyles. Le malade du reste ne présentait pas d'autre lésion. Cinquante sangsues furent immédiatement appliquées sur le genou, et le membre fut placé sur un double plan incliné. Dans la soirée le membre avait doublé de volume; toute la cuisse était énormément tuméfiée; la moindre pression faisait naître des douleurs atroces. Le pouls large, développé, donnait 90 à 100 pulsations par minute. Il y avait là un épanchement sanguin auquel il fallait donner issue. Je n'hésitai donc pas à pratiquer deux incisions longues de trois pouces environ, l'une en dedans, l'autre en dehors de la cuisse, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation. Il en sortit une grande quantité de sang noirâtre. Quatre-vingt-dix sangsues furent appliquées autour du genou; le malade fut plongé dans un bain. Enfin on enveloppa la cuisse de cataplasmes émolliens. (Limonade; diète).

Le lendemain 14, le malade avait peu dormi, mais les douleurs et le gonflement étaient bien moindres; le pouls était aussi moins développé, moins fréquent. (Bain; cataplasmes émolliens; diète).

Les jours suivans, l'amélioration continua d'une manière notable, et le malade commençait même à prendre quelques alimens, lorsque dans la nuit du 20 mai il se réveilla en sursaut au milieu d'un rêve pénible, et fit exécuter quelques mouvemens brusques et saccadés au membre blessé. Aussitôt de vives douleurs se manifestèrent dans le genou, et le gonflement reparut. Cependant ces accidens, dont on pouvait craindre les suites, cédèrent à une application de soixante sangsues, qui fut faite sur-le-champ.

Le 21 au matin, la douleur était bien diminuée, le membre fut placé sur le double plan incliné formé de coussins, et il fut fixé par des draps pliés en cravate. Dès-lors l'état du malade cessa d'inspirer la moindre inquiétude. De temps en temps on eut soin de renouveler le plan incliné. Les deux incisions furent maintenues rapprochées avec des bandelettes agglutinatives.

Le 4 juillet, le malade commençait à marcher assez librement; sa guérison fut retardée par quelques douleurs rhumatismales qui se développèrent dans le membre inférieur gauche, et le forcèrent de garder le lit pendant quelques jours encore; mais elles furent bientôt dissipées sous l'influence des bains de vapeur, et Prévost put se lever et marcher conservant encore un peu de raideur dans le genou droit.

Ici le désordre était bien plus considérable que dans le cas précédent : la fracture des condyles et l'état des parties molles révélaient suffisamment un épanchement sanguin dans la capsule articulaire, et pourtant tout a promptement cédé aux émissions sanguines abondantes, (140 sangsues dans les premières 24 heures), qui furent mises en usage. Si quelques jours après, à la suite des mouvemens involon-

taires, la douleur et le gonflement reparurent, soixante sangsues dissipèrent en quelques heures ces symptômes alarmans.

Memoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os ; lu à l'Académie des Sciences, le 10 novembre 1834, par M. BÉRARD *jeune, agrégé en exercice de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hospice de la Salpétrière.*

L'étude d'une science serait hérissée de difficultés presqu'insurmontables si des lois simples, applicables à un grand nombre de faits, ne venaient soulager la mémoire en montrant à l'esprit le lien qui les unit. Mais certaines sciences, moins que d'autres, semblent se prêter à la généralisation des faits particuliers, et malgré les travaux de zoologistes célèbres, celle des corps organisés doit peut-être encore être rangée parmi celles qui, sous ce rapport, sont le moins bien partagées. Cette considération m'engage à faire connaître aujourd'hui une loi d'ostéogénie qui n'a encore, que je sache, été signalée par personne. Si, au premier abord, cette découverte n'offre d'autre utilité que d'aider la mémoire, plus tard, peut-être elle donnera lieu à des conséquences d'un plus haut intérêt : car il est peu de vérités qui demeurent stériles.

Depuis les recherches faites par un grand nombre d'anatomistes du siècle dernier et de celui-ci sur la formation des os, on sait que les os longs se développent par des points d'ossification distincts, un pour le corps, et un ou plusieurs pour les extrémités ; on sait également que l'ossification du corps est la plus précoce ; que celle de chaque extrémité d'un même os, beaucoup plus tardive que celle du

corps, n'apparaît pas à la même époque aux deux bouts de celui-ci; que l'extrémité ou épiphyse se soude entièrement avec le corps de l'os ou la diaphyse, par l'ossification du cartilage qui les séparait, et que cette union ne se fait pas à la même époque de la vie dans les deux bouts d'un même os; on sait enfin que les épiphyses qui s'ossifient le plus tard, sont en général celles qui se réunissent le plus tôt au corps de l'os.

Malgré l'exactitude de ces connaissances, il est encore fort difficile, un os long des membres étant donné, de se rappeler quelle est celle de ses extrémités qui s'ossifie la première, quelle est celle qui se soude le plus promptement avec le corps de l'os. Obligé d'enseigner chaque année ce point de science aux élèves qui suivent mes cours d'anatomie, j'avais été frappé de cette singularité qu'aux membres supérieurs ce sont les extrémités des os du bras et de l'avant-bras qui se touchent au niveau du coude, qui se réunissent les premières avec la diaphyse, tandis qu'aux membres inférieurs ces mêmes extrémités qui se rencontrent au niveau du genou, sont celles qui restent le plus longtemps séparées. Une autre particularité m'avait également surpris relativement à la direction des vaisseaux nourriciers du corps des os longs; ceux qui se répandent dans le canal médullaire des os du membre supérieur, convergent vers le coude à travers l'épaisseur des parois de l'humérus, du radius et du cubitus; ceux, au contraire, du canal médullaire, du fémur et du tibia, divergent par rapport au genou. Je soupçonnai qu'il pouvait y avoir corrélation entre ces deux dispositions : d'une part, l'époque à laquelle l'épiphyse se réunit à la diaphyse; de l'autre, la direction de l'artère nourricière de l'os, et bientôt je découvris la loi que voici : « *Des deux extrémités d'un os long, c'est toujours celle vers laquelle se dirige le conduit nourricier, qui se soude la première avec le corps de l'os.*

Avant de rechercher l'explication d'un pareil phéno-

même, je vais établir l'exactitude de la proposition qui précède, en exposant rapidement la marche de l'ossification dans les différens os longs, comparée à la direction de leurs conduits nourriciers.

Humérus Son conduit nourricier traverse l'épaisseur de l'os, obliquement de l'extérieur à l'intérieur, et de la tête de l'os vers son extrémité cubitale ; en d'autres termes, il est dirigé vers le coude ; l'extrémité cubitale de l'humérus se réunit avec le corps, longtemps avant que le sujet ait pris tout son accroissemeut, tandis que la supérieure ou la tête demeure distincte et séparée jusqu'après cette dernière époque.

Cubitus. Son conduit nourricier traverse obliquement l'épaisseur de l'os de l'extérieur à l'intérieur, et de son extrémité carpienne vers son extrémité humérale ; en d'autres termes, il se dirige vers le coude. L'épiphyse humérale de l'os se soude avec le corps long-temps avant l'épiphyse carpienne qui demeure distincte jusqu'à la puberté et au-delà.

Radius. Son conduit nourricier a la même direction que celui du cubitus ; son épiphyse supérieure se réunit à la diaphyse plusieurs années avant l'inférieure.

Fémur. Son conduit nourricier, qui est quelquefois double, se dirige vers la tête de l'os : l'extrémité supérieure se réunit avec le corps plus tôt que l'extrémité inférieure.

Tibia. Son conduit nourricier se dirige vers l'extrémité tarsienne de l'os : c'est également cette extrémité qui se confond avec le corps longtemps avant la supérieure.

Péroné. Son conduit nourricier est ordinairement dirigé comme celui du tibia ; ordinairement aussi son épi physe inférieure se soude avant l'autre ; mais chez certains sujets. le conduit traverse directement l'épaisseur de l'os ; chez d'autres même, il se dirige en haut, ou bien il en existe deux qui ont chacun une direction opposée. On ne sera pas surpris, d'après cela, d'apprendre que le péroné

soit le seul des os longs qui présente des anomalies relativement à l'époque à laquelle ses épiphyses se réunissent au corps, et que parfois son extrémité supérieure soit moins longtemps distincte que l'inférieure, quoiqu'en général le conduit nourricier soit dirigé vers cette dernière.

A la main et au pied, il existe des os longs; mais ceux-ci, au lieu d'avoir trois points distincts d'ossification, n'en présentent plus que deux; un, propre à une des extrémités, et le second, commun au corps et à l'autre extrémité. Il devenait intéressant de savoir si ces petits os longs étaient pourvus de conduits nourriciers, si ceux-ci avaient une direction oblique à travers l'épaisseur du corps de l'os, et dans ces cas, vers quelle extrémité se dirigeait le conduit nourricier; or, ce que l'on pouvait prévoir, s'est trouvé entièrement confirmé par les recherches auxquelles je me suis livré; et pour tous, le conduit nourricier est dirigé vers l'extrémité qui s'ossifie conjointement avec le corps, comme si la rapidité avec laquelle l'ossification procède du corps vers l'épiphyse ne laissait pas à celle-ci le temps de germer par un noyau osseux distinct. Une revue rapide de la marche de l'ossification dans ces os confirmera l'exactitude de cette observation.

Premier métacarpien. Son conduit nourricier est dirigé vers le pouce; or, c'est son extrémité phalangienne qui est, dès le principe, confondue avec le corps de l'os, tandis que l'extrémité carpienne en reste longtemps distincte.

Métacarpiens suivans. Le conduit nourricier des quatre derniers métacarpiens se dirige vers leur extrémité carpienne; de ce côté il n'y a pas d'épiphyse qui s'ossifie isolément. On en observe une, au contraire, sur l'extrémité phalangienne de ces os.

Premier métatarsien. Son conduit nourricier se dirige vers le gros orteil; il y a absence d'épiphyse isolée vers cette extrémité.

Métatarsiens suivans. Les quatre métatarsiens suivans ont leur conduit nourricier opposé aux orteils ; aussi leur extrémité tarsienne n'est-elle point épiphysaire.

Enfin, les phalanges de la main et du pied présentent toutes une direction uniforme dans leur conduit nourricier qui se porte vers leur extrémité unguéale ; toutes aussi n'offrent pas de point distinct d'ossification dans cette extrémité, tandis que l'extrémité métacarpienne et métatarsienne de ces mêmes phalanges se développe par un noyau osseux longtemps séparé du reste de l'os.

En rapprochant tous ces faits, il n'est pas possible d'admettre qu'il n'y ait ici qu'un rapport fortuit entre la direction des conduits nourriciers des os longs et la promptitude de la réunion des épiphyses, et l'on ne peut méconnaître l'influence que la disposition anatomique exerce sur le phénomène physiologique. Cette influence tient sans doute à la modification que la direction du conduit nourricier imprime au cours du sang artériel, dont l'ac ion est si puissante sur le phénomène de la formation des os. Déjà Haller (1) a constaté que la présence des artères est la condition essentielle de l'ossification ; que partout où l'os se forme, on voit en même temps apparaître des vaisseaux sanguins ; les artères nourricières donnent chaque jour passage à une quantité de sang plus considérable ; les ramifications rouges indiquent d'une manière exacte les limites de la partie osseuse du corps de l'os ; chaque jour les extrémités de ces artères se propagent plus loin du centre de l'ossification et semblent chasser le cartilage devant elles. Les anatomistes qui ont répété les expériences de Haller ont tous constaté l'apparition des vaisseaux rouges dans les points où la matière osseuse se développe. Aussi, toutes les hypothèses émises au sujet de la cause première de l'ossi-

(1) Haller, *Opera minora. De ossium formatione.*

fication roulent sur la manière dont les artères versent le suc osseux.

Il est vrai que les traducteurs de l'Anatomie de Meckel (1) ont avancé, dans une note jointe à la traduction de l'ouvrage, que les branches qui composent l'artère nourricière d'un os long se distribuent à la membrane médullaire et semblent étrangères à la nutrition du tissu osseux qu'elles ne pénètrent pas. Mais cette assertion est en opposition avec le résultat des expériences de Haller, déjà citées, et avec cette observation de Béclard (2), que le lieu où apparaît le premier point osseux dans le cylindre des os longs, , répond à l'endroit où plus tard se trouve l'artère médullaire.

Comment donc la direction du canal nourricier peut-elle exercer quelque influence sur la rapidité avec laquelle marche l'ossification qui va souder les extrémités des os longs ? Serait-ce en rapprochant la distance qui existe entre cette extrémité et l'origine de la branche médullaire qui s'y rend. Quoique l'obliquité du conduit nourricier diminue d'autant la longueur de cette branche, je ne puis croire que l'hypothèse précédente soit l'expression de la vérité ; car, malgré le trajet oblique de l'artère à travers les parois du canal médullaire, l'orifice extérieur du conduit nourricier de certains os est tellement rapproché de l'épiphyse qui se réunit le plus tard, que son orifice interne est encore plus près de cette épiphyse que de l'autre ; en sorte que la branche rétrograde qui provient de la bifurcation de l'artère nourricière est plus courte que la branche directe. Telle est la disposition que présentent les vaisseaux médullaires du tibia.

Mais si la longueur de chaque branche de l'artère nourricière n'est pour rien dans la rapidité de l'ossification, en

(1) Meckel, *Manuel d'Anatomie*, tome I, p. 301. (*Note des traducteurs*).

(2) *Anatomie génér.*, p. 466.

est-il de même de la vitesse avec laquelle le sang les parcourt ? Je ne le pense pas. Or, il est évident que ce fluide traverse avec plus de rapidité celle de ces branches qui marche selon la direction du tronc commun, que celle qui se recourbe à angle très-aigu, pour gagner l'extrémité correspondante de l'os : il serait superflu de chercher à démontrer ici la vérité de cette assertion ; car, bien que Bichat ait consacré un grand nombre de pages de son immortel *Traité d'Anatomie générale*, pour prouver que les courbures des vaisseaux n'exercent aucune influence sur la vitesse avec laquelle le sang les parcourt, plusieurs physiologistes ont admis une opinion contraire, et ont fait valoir en sa faveur des raisonnemens qui ne laissent aucun doute sur ce point de physiologie. Il me semble donc probable que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ossification, ainsi que tous les autres phénomènes de la nutrition, doit s'accomplir avec d'autant plus d'énergie que les vaisseaux apportent aux organes un sang mu par une force d'impulsion plus considérable. Si cette influence ne me paraît pas suffisante pour faire admettre l'opinion émise par un des membres distingués de cette Académie, que le développement des artères provoque à lui seul le développement des organes, elle prouve du moins que la circulation artérielle y contribue puissamment. C'est par cette rapidité de la circulation que l'on peut comprendre l'ossification précoce de certains os voisins du cœur, tels que la clavicule, la mâchoire inférieure ; c'est à elle peut-être qu'est due l'absence de noyau osseux distinct aux extrémités de la clavicule, quoiqu'elle appartienne à la classe des os longs.

Nous ne pouvons donc penser avec Howship (1), auteur d'un mémoire d'ailleurs très-estimable sur l'ostéogénie, que le mode de circulation le plus favorable à l'ossification

(1) *On ossification. Medico-chir. Transactions.* 1819, v. 6, p. 285.

est un très-lent et uniforme mouvement du sang à travers le système capillaire.

Je résumerai les idées émises dans ce mémoire, en établissant les propositions suivantes :

1.° Dans un os long qui se développe par trois points principaux d'ossification, un pour le corps, un pour chaque extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os.

2.° Dans un os long qui se développe par deux points d'ossification, un pour le corps conjointement avec une des extrémités, un pour l'autre extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui s'ossifie conjointement avec le corps.

3°. La rapidité de la marche de l'ossification, à partir du centre d'un os long vers les extrémités, plus prononcée dans un sens que dans l'autre, est le résultat de la vîtesse plus considérable du cours du sang dans la branche directe de l'artère nourricière que dans sa branche réfléchie.

De ces trois propositions, les deux premières sont incontestables, car elles reposent sur une disposition anatomique facile à constater ; la dernière est hypothétique, mais le point de physiologie sur lequel elle repose aura bientôt été éclairci si j'ai réussi à appeler sur elle l'attention des savans qui m'ont fait l'honneur de m'entendre.

Quelques faits de médecine-pratique. Observations thérapeutiques sur diverses névralgies ; par J. T. Mondière, *médecin à Loudun.* (*Vienne*).

Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medicá veritates elici possunt, a dit Wepfer ; et c'est, bien pénétré de toute l'importance de ce principe fondamental,

que, depuis que nous sommes livrés à l'exercice de la médecine, nous avons recueilli, avec le plus grand soin, tous les faits intéressans que nous ont fournis notre pratique. Si chaque médecin agissait ainsi, il en retirerait d'abord pour lui un avantage immense, et il fournirait à d'autres les moyens d'arriver à la solution de nombreuses questions qui sont loin d'être complètement éclaircies. C'est dans ce but que nous publions aujourd'hui quelques faits de médecine-pratique, et que nous nous proposons de faire connaître successivement ceux qui nous en paraîtront dignes, nous efforçant ainsi de payer notre faible tribut à la science à l'étude de laquelle tous nos instans sont depuis long-temps entièrement consacrés.

Pour celui qui connaît ce qu'est l'exercice de la médecine en province, il sera bien démontré que les faits que nous publierons auront plus pour but l'étude de la thérapeutique que celle de l'anatomie pathologique. Mais assez d'autres, placés dans des circonstances plus favorables que nous, cultivent avec fruit cette branche importante des connaissances médicales, et il est temps d'ailleurs de revenir, comme quelques bons esprits s'efforcent depuis quelque temps de le faire, à une étude plus exacte de la thérapeutique, et à l'appréciation plus juste et moins systématique de certaines médications sur l'action desquelles il reste encore bien des doutes à éclaircir, bien des erreurs à redresser. Toutefois, revêtu depuis peu du titre de médecin-adjoint de l'hôpital de la ville que nous habitons, nous mettrons à profit cette nouvelle position, et nous ne laisserons échapper aucune occasion d'étudier, après la mort, les lésions qu'auront apportées dans les organes les maladies qui seront soumises à notre observation.

Comme nous l'avons déjà dit, notre but étant surtout l'étude de la thérapeutique, nous croirons utile de faire suivre chaque observation de l'examen des faits analogues que possède déjà la science, et de la comparaison des di-

verses méthodes de traitement employées dans chacun des cas pathologiques dont il sera question.

Obs. I.re — *Névralgie utérine intermittente ; emploi inutile des sangsues; guérison prompte par le sulfate de quinine.* — M.me Reder, âgée de 35 ans, d'une forte constitution, jouissant ordinairement d'une bonne santé, ayant quelquefois des flueurs blanches, sous l'influence surtout de peines morales, a ses règles le 7 octobre 1830 ; elles ne coulent qu'un jour, au lieu de trois ou de quatre qu'elles ont habitude de durer. Le 8, elle se fatigue beaucoup pour son déménagement, et éprouve le soir un sentiment de fatigue générale, et des douleurs obscures dans la région des hanches et aux parties supérieures des cuisses. Le 9, au réveil, il ne reste aucun vestige du malaise de la veille; la malade vaque, comme à l'ordinaire, à ses affaires; mais, à dix heures du matin, en rentrant chez elle, après une course peu fatigante, elle éprouve du frisson, et est prise aussitôt de douleurs vives qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces douleurs partant de la région lombaire, se répandent vers la partie supérieure des cuisses, et surtout dans la région hypogastrique; elles se font sentir plus vivement par intervalles, et à chacune de ces exacerbations il sort par le vagin de gros flocons de mucosités épaisses, filantes et légèrement colorées. A une heure de l'après-midi, cessation complète des douleurs ; la malade peut se lever, est calme le reste de la journée, et jouit d'un sommeil tranquille pendant toute la nuit.

Le 10, à neuf heures du matin, retour de tous les accidens annoncé par un frisson plus prolongé que celui de la veille. On vient aussitôt nous chercher, mais nous ne pouvons nous rendre auprès de la malade qu'à une heure. Voici ce que nous observâmes : décubitus sur le dos; jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin ; figure exprimant par intervalle une vive souffrance; peau chaude et légèrement humide; pouls sans fréquence ; langue blanche ;

pas de soif; anorexie ; pesanteur sur le fondement; besoin continuel d'aller à la selle ; hypogastre tendu et extrêmement sensible ; la plus légère pression y est insupportable. La nature des douleurs, que la malade compare toujours à celles de l'accouchement, nous engage à pratiquer le toucher. Le vagin fait éprouver au doigt qui le parcourt une chaleur cuisante ; ce canal est abondamment lubrifié par des mucosités visqueuses ; le corps de la matrice nous paraît être dans son état normal; mais son col est mou, surtout en arrière, et d'une sensibilité telle, que le seul contact du doigt arrache des cris à la malade. (Demi-bains, lavemens émolliens ; cataplasmes sur le bas-ventre ; diète ; repos au lit; orgeat pour boisson).

Le 11, la malade nous dit que les douleurs ont cessé la veille vers trois heures ; qu'elle a seulement éprouvé de la fatigue le reste de la journée, et qu'elle dormit bien jusqu'à trois heures du matin, où elle fut réveillée par le retour des mêmes douleurs avec écoulement très-abondant. Même état que la veille. (Même prescription ; de plus, 20 sangsues sur l'hypogastre). Le 12, la malade a été soulagée par l'application des sangsues. Mieux marqué, accès presque nul.

Le 13, retour de l'accès vers six heures du matin. Nous voyons la malade à dix heures; les douleurs sont très-vives; l'écoulement blanc très-abondant et très-épais ; le pouls est élevé, fort. Nous faisons appliquer trente sangsues aux parties supérieures des cuisses. Continuation des autres moyens. Nous revoyons la malade le soir : son état est entièrement changé : elle s'est levée, a préparé elle-même son demi-bain, et se dit guérie. Mais vers onze heures du soir, accès plus violent que les autres, et précédé d'un fort frisson. Le 14 au matin, la malade souffre encore, mais les douleurs sont supportables ; la peau se couvre d'une légère moiteur, et tout semble annoncer la fin de l'accès. Nous abandonnons la méthode antiphlogistique qui avait d'abord

paru devoir être suivie de succès, et nous prescrivîmes 24 grains de sulfate de quinine, à prendre en trois fois jusqu'à neuf heures du soir; demi-lavement émollient, et quelque temps après un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum.

Le 15, la malade a encore eu un accès vers onze heures du matin; mais il a été extrêmement léger, et quand nous la vîmes à midi elle ne se plaignait que de fatigue et d'une gène plutôt que d'une douleur dans la région hypogastrique. Elle demande avec instance des alimens. (Sulfate de quinine, 16 grains; un quart de lavement avec 18 gouttes de laudanum; soupes).

Le 16, bonne nuit; sommeil calme et profond; aucune apparence d'accès. La pression exercée sur l'hypogastre n'est plus ou presque plus douloureuse; l'écoulement est moins abondant et moins épais : la malade se dit guérie et veut reprendre ses occupations. Nous l'engageâmes à garder encore le repos. (Demi-bain; soupes; alimens légers; sulfate de quinine, 12 grains; un quart de lavement avec 25 gouttes de laudanum).

Le 17, la malade a dormi toute la nuit; je la trouve levée, et accusant seulement dans le bas-ventre des douleurs sourdes et un léger écoulement. Le 20, la guérison était complète.

Cette observation, recueillie pendant notre exercice de la médecine à Paris, fut lue par nous dans une des séances de la Société médicale d'Émulation, et présentée sous le titre de *Métrite intermittente*. Depuis ce moment, la réflexion et la lecture de quelques faits analogues nous ont conduit à la considérer comme un cas de névralgie utérine, et en cela, nous ne faisons qu'adopter l'opinion émise par quelques médecins, entr'autres par M. Jolly, dans un mémoire sur les névralgies viscérales (1), affections auxquelles

(1) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828. T. II., p. 289.

il convient, selon nous, de rapporter tout ou presque tout ce qui a été dit sur les phlegmasies intermittentes.

Quoi qu'il en soit, ces cas de névralgies utérines, ou si l'on veut, de métrites intermittentes, ne sont pas très-communs, et nos annales n'en renferment qu'un très-petit nombre. Ainsi, M. Mongellaz, dans son *Traité sur les irritations intermittentes* (1), ne cite que deux observations qui se rapportent évidemment à notre sujet. De ces deux observations, l'une consignée dans le Journal de Roux (2), a trop d'analogie avec la nôtre pour que nous ne la rapportions pas ici.

« Dans le printemps de 1782, dit M. d'Auxiron, madame...., âgée de 26 ans, ressentit tous les jours pendant six semaines, à une heure après midi, un froid très-considérable qui occupait tout ce qui est compris entre le nombril, les os des îles, les fesses et le milieu des cuisses, sans s'étendre au-delà. Ce froid se communiquait dans les parties intérieures de la région hypogastrique, et s'y faisait sentir d'une façon fort incommode. Il durait pendant deux heures, et pour lors la malade ressentait dans la matrice les douleurs les plus vives. Le froid était suivi d'une chaleur qui augmentait par degrés pendant quatre à cinq heures, et se terminait par une sueur abondante qui n'occupait que les endroits dont on a parlé. Cette sueur était si copieuse, que la malade était obligée de s'essuyer à plusieurs reprises, et qu'à chaque fois il lui fallait une grande quantité de linges. Il se faisait en même temps par les parties sexuelles un écoulement qu'on pouvait comparer à des flueurs blanches. A mesure que la chaleur augmentait, les douleurs s'appaisaient; mais il restait toujours un sentiment de pesanteur dans ces parties, que la malade taxait de descente de matrice; elle était pendant quinze à dix-huit

(1) Paris, 1821. 2 vol. in-8.°
(2) 1766. T. XXIV, p. 60.

heures de la journée sans pouvoir rendre une goutte d'urine; le reste du temps elle en rendait peu. »

Ces accidens cessèrent sous l'influence des calmans et des sédatifs, dont l'action fut favorisée par un régime convenable. Trois semaines après, la malade rendit par la vulve plusieurs verrées d'une matière fort épaisse et extrêmement puante, ce qui nécessita l'emploi des injections détersives. Depuis elle a encore eu, à différentes reprises, quelques accès de cette maladie.

De même que notre malade, celle dont on vient de lire l'histoire, rendit à chaque paroxysme, par le vagin, une grande quantité de mucosités; mais un phénomène que nous n'avons point observé chez M.me Reder, et qui est vraiment remarquable, c'est cette sueur abondante qui avait lieu à la fin de chaque accès et était exactement bornée à l'étendue du bassin.

Nous regrettons beaucoup que M. Balme (1), qui rapporte que, dans l'été de 1808, on observa à Lyon un assez grand nombre de maladies locales périodiques parmi lesquelles se rencontrèrent plusieurs névralgies utérines qui cédèrent au quinquina, ne soit pas entré dans de plus amples détails, et ne nous ait pas fait connaître quelques-uns des faits dont il veut parler.

Mais ce n'est pas seulement dans l'état de vacuité de la matrice que ces névralgies utérines ont été observées; elles ont également lieu pendant la grossesse et après l'accouchement. Ainsi M. Michaëlis (2), dans des considérations sur les maladies qui régnèrent pendant plusieurs années à Hambourg, dit que les symptômes les plus divers se joignirent aux fièvres intermittentes, et en masquèrent souvent le caractère: des femmes enceintes, et qui avaient

(1) *Compte rendu de la Soc. de Méd. de Lyon.* Lyon, 1810, in-8.°, page 10.

(2) *Bibliothèque médicale.* T. XLII, p. 124.

déjà eu plusieurs enfans, le firent appeler pendant les accès, parce qu'elles ressentaient des douleurs qui leur faisaient croire qu'elles allaient accoucher. Pareil phénomène a été observé par M. Sarazin (1) chez une femme grosse de sept mois qui, ayant fait une chute, éprouva des douleurs qui semblaient présager un accouchement hatif. Une saignée, des antispasmodiques, etc., firent cesser ces douleurs qui se renouvelèrent les jours suivans à l'heure de la chute. Le quatrième jour, M. Sarazin administra le quinquina à la dose d'une once dans la journée, et dès-lors les douleurs ne revinrent plus. C'est encore à cet ordre de faits que nous croyons devoir rattacher une observation publiée par Baudelocque, dans un Mémoire sur les hémorrhagies utérines (2).

Dans ces névralgies utérines intermittentes, la fluxion locale peut être assez forte non-seulement pour donner lieu, lors de chaque accès, à cet écoulement abondant de mucosités que nous avons fait remarquer dans les deux premières observations, mais encore à un écoulement de sang plus ou moins considérable; et beaucoup de faits publiés sous le titre de *Métrorrhagies intermittentes*, nous semblent devoir être rapportés à cette affection. Tels sont entr'autres les faits publiés par M. Deslandes (3), le docteur Brossard (4) et M. Duparcque (5).

Ce Journal ne renferme aucune autre observation de cette nature. Nous croyons devoir rapporter en entier celle de M. Duparcque, voulant par là mettre le lecteur à même de juger si l'opinion que nous venons d'émettre est réellement d'accord avec les faits. Puissent les observations que

(1) *Gazette de Santé*, 1817, N.° 14.
(2) *Recueil périodique*. T. III, p. 18.
(3) *Bibliothèque médicale*. T. LXXVIII, p. 98.
(4) *Diss. sur l'hémorrhagie utérine*. Thèse. Strasbourg, 1830, in-4.°, p. 26.
(5) *Nouvelle Bibliothèque médicale*. 1828. T. II, p. 299.

nous venons de faire connaître ou d'indiquer, servir un jour à fonder une histoire plus complète des névralgies viscérales continues ou intermittentes, sujet aussi neuf que bien important à étudier.

« Madame R. C., âgée de 28 ans, d'une stature élevée, d'une constitution sèche, mais robuste, accoucha heureusement dans les premiers jours d'octobre 1827. Elle ne nourrit pas. Les menstrues se rétablissent après six semaines, et reparaissent régulièrement comme auparavant jusqu'au mois de février : elles ne viennent pas alors à l'époque ordinaire, sans qu'aucune cause appréciable explique cette suspension ; mais après huit jours de retard l'écoulement reparaît et est accompagné de douleurs extraordinaires qui affectent principalement la région iliaque droite, d'où elles se propagent dans le bassin et jusque dans la région iliaque opposée. Ces douleurs, dit la malade, portent sur le fondement, comme dans le travail de l'enfantement; elles sont vives, lancinantes, déchirantes, durent d'une à plusieurs minutes, ne laissent entre elles que de courts intervalles, et leur violence est telle qu'elle arrache des cris à la malade, la jettent dans un état d'anxiété inexprimable, provoquent du délire et des mouvemens convulsifs. Ces phénomènes, qui avaient paru *dans la matinée*, se calmèrent dans le milieu de la nuit, alors que madame C., épuisée par un état aussi violent, avait à peine la force de se plaindre. Elle dormit parfaitement le reste de la nuit, et le lendemain, quand elle s'éveilla, elle ne ressentit plus, des accidens de la veille, qu'un peu de fatigue : elle se leva et se livra aux occupations ordinaires de son ménage et de son commerce : mais *à midi*, les mêmes douleurs, occupant le même siége, reparaissent avec le même caractère, la même marche, la même durée que dans l'accès précédent. Depuis cette époque, les accidens revinrent tous les jours aux mêmes heures : les douleurs, d'abord faibles et rares, augmentèrent graduellement de force et de fré-

quence; dans leur intervalle, le sang continuait de couler, mais en petite quantité; il paraissait avec bien plus d'abondance pendant l'accès. »

« L'accoucheur, appelé le huitième jour environ après l'invasion des accidens, les attribua à un avortement probable, mais leur prolongation au-delà du terme accoutumé lui fit penser qu'il y avait peut-être phlegmasie utérine. D'après cette idée, les émissions sanguines, le repos, les fomentations et cataplasmes émolliens, les boissons adoucissantes, les lavemens, les demi-bains, etc., furent mis en usage; mais, loin de diminuer, les accès étaient plus violens. Je vis la malade le 14 mars, à dix heures du soir, 25.e jour environ de la maladie; elle était tombée dans un état de maigreur extrême : l'appétit s'était conservé; la langue était douce, de couleur naturelle et sans aucun enduit; la température de la peau était alors plus élevée; le pouls fréquent et irrégulier; et, au milieu même de l'accès, le pouls était mou, plat, nullement sensible au toucher. La pression réveillait bien un peu de douleur dans les régions iliaque et hypogastrique, mais elle n'était pas en rapport avec la violence de celles qui avaient lieu spontanément dans ces parties. Je ne sentis rien dans ces régions, dont les parois étaient facilement dépressibles, qui pût faire soupçonner une lésion organique quelconque des ovaires et du corps de l'utérus. Je trouvai le col de l'utérus un peu gonflé et entr'ouvert, mais pas autrement qu'il ne l'est ordinairement pendant la menstruation. En saisissant la matrice entre les deux doigts explorateurs du toucher, et l'autre main enfoncée au-dessus du pubis, je m'assurai que cet organe était dans son état naturel, pour son volume comme pour sa forme et sa consistance. Pouvait-on méconnaître une névralgie utérine intermittente? Je crus pouvoir rassurer madame C. sur son état, qu'elle croyait désespéré, en lui promettant que probablement l'accès qui n'était pas encore terminé serait le dernier. Je prescrivis

huit grains de sulfate de quinine en quatre pilules, à prendre le lendemain 15 dans la matinée, et ce médicament produisit les heureux effets sur lesquels j'avais compté : les douleurs ne revinrent pas à l'heure accoutumée ; quelques-unes parurent dans la soirée, mais elles étaient rares, légères, sourdes ; quant au flux sanguin, il devint plus abondant, et fut le principal ou même le seul phénomène de l'accès qui devait se montrer. »

« Le 18, même prescription ; non seulement la malade éprouve le calme le plus parfait, mais l'écoulement sanguin diminue sensiblement et est complètement arrêté le 17 ; ce jour, je prescrivis encore, par précaution, six grains de sulfate de quinine. La maladie avait définitivement disparu. »

Obs. IIe — *Sciatique promptement guérie par l'acétate de morphine employé d'après la méthode endermique, après avoir résisté à un autre traitement.* — Au mois d'août 1833, le nommé Patachon, fermier à la Bigoterie, près de Loudun, homme âgé de 31 ans. fort et puissant, ordinairement d'une bonne santé, vient nous consulter pour une sciatique du côté gauche, qui le tourmentait depuis cinq semaines. Ses douleurs étaient horribles et ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit ; elles augmentaient au moindre mouvement, et alors surtout que le soleil avait quitté notre horizon. Un de nos collègues, M. M..., consulté d'abord, lui fit appliquer des sangsues, donner des bains et administrer des fumigations émollientes, mais inutilement : la maladie persista. A cette époque, M. M.... nous demanda ce que nous employions en pareil cas ; nous lui citâmes alors les avantages que l'on retirait presque toujours de l'acétate de morphine employé selon la méthode endermique. Notre collègue mit ce moyen en usage, mais il n'en retira aucun bénéfice, et voici pourquoi : d'abord il fit incorporer le sel de morphine dans du cérat, qui fut mis dans une carte ; de cette manière le sel fut faci-

lement dissous, et perdit de son activité par cela même qu'il fut plus divisé ; ensuite M. M... s'en reposa pour l'emploi de ce médicament sur les personnes qui entouraient le malade, et qui n'eurent point le soin d'enlever les pellicules qui se formaient à la surface du vésicatoire, d'où obstacle à l'absorption ; enfin, le vésicatoire avait été mal à propos appliqué à la partie moyenne et postérieure de la cuisse, c'est-à-dire, à un endroit où le nerf sciatique est séparé de la peau par une épaisseur considérable de graisse et de muscles.

Dès-lors, bien convaincus que ce n'était point au médicament, mais seulement à la manière dont il avait été employé qu'il fallait attribuer l'insuccès de notre confrère, nous engageâmes le malade à y recourir de nouveau, ce à quoi il consentit, et nous le persuadâmes facilement de la nécessité où il se trouvait de rester en ville, afin que nous pussions nous-mêmes panser les vésicatoires. Nous fîmes immédiatement appliquer deux vésicatoires larges, l'un de deux, et l'autre de trois pouces ; le premier sur la tête du péroné et le second entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion du côté malade. C'était le 4 août. Le lendemain nous levâmes les vésicatoires. Ils avaient fortement agi ; mais ils n'avaient procuré aucun soulagement ; l'état du malade était le même que la veille. Nous les pansâmes avec de l'onguent d'althæa, et à la surface de chaque plumasseau nous déposâmes un tiers de grain d'acétate de morphine. Nous recommandâmes au malade de garder le repos, de manger peu, et de faire usage d'une tisane rafraîchissante.

Nous le revîmes douze heures plus tard ; à peine nous eût-il aperçu qu'il nous exprima vivement la joie qu'il ressentait, et nous adressa des remercîmens expressifs. Une heure s'était à peine écoulée depuis le pansement du matin que la douleur avait diminué de vivacité et d'étendue ; elle n'existait plus dans la cuisse, tandis que le matin elle s'étendait à tout le membre. (Même pansement).

Le 6 au matin, changement plus surprenant encore. Le malade avait dormi une partie de la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps ; la douleur ne consiste plus guères que dans un fort engourdissement, et malgré notre vive recommandation, il fait exécuter des mouvemens assez étendus au membre dont la pression n'est plus douloureuse qu'à son quart supérieur. (Demi-grain du sel de morphine à la surface de chaque vésicatoire ; alimentation plus solide). Le soir, le mieux a encore fait des progrès. (Même pansement).

Le 7, la nuit s'est encore mieux passée que la précédente. La douleur est bornée à l'endroit que recouvre le vésicatoire supérieur, c'est-à-dire à l'échancrure sciatique. A notre arrivée, le malade nous apprend qu'il a quitté son lit pour aller aux lieux d'aisances, et que cette marche de cent pas environ n'a eu aucune influence fâcheuse sur son état. (Même pansement matin et soir).

Le 8, le malade se trouva si bien que nous lui permîmes d'aller à sa ferme située à plus d'une demi-lieue de la ville. Ce voyage fait, partie à cheval, partie à pied, n'eut aucune influence sur la douleur, qui était même moins forte et plus circonscrite. (Même pansement, ainsi que le 9). et le 10, Patachon retourna chez lui pour ne plus revenir. Depuis cette époque, nous l'avons vu plusieurs fois, et il n'a eu aucune nouvelle atteinte de sa cruelle maladie.

Sans doute, l'observation que nous venons de rapporter n'offre rien de neuf, et la science en possède déjà un grand nombre d'analogues depuis que la méthode endermique est plus généralement mise en usage. Cependant nous allons tâcher d'en faire ressortir quelques considérations utiles.

Et d'abord ce fait démontre que souvent ce n'est point au médicament dont on s'est servi qu'il faut attribuer l'insuccès qui le fait à tort déprécier, mais bien à la manière dont on l'emploie. En effet, si le premier médecin qui fut consulté, et qui, d'après le conseil que nous lui avions

donné, eut recours à l'acétate de morphine, a échoué, il est évident que cela tient à deux causes principales : la première, c'est que le lieu où le vésicatoire fut appliqué fut mal choisi, et l'exutoire mal pansé ; la seconde, c'est le mélange de l'acétate de morphine avec un corps gras et presque liquide, qui a dû nécessairement en affaiblir l'action. Pour servir de preuve à cette dernière assertion, nous dirons que M. Lepecq a consigné, dans la *Lancette française* (1), un cas de sciatique contre laquelle échoua l'acétate de morphine mêlé avec la pommade dont on se servait pour entretenir le vésicatoire, et qui céda très-promptement à l'emploi de l'hydrochlorate de morphine déposé à la surface de cet exutoire. Cet effet tiendrait-il, comme semble le croire l'auteur, à ce que l'hydrochlorate aurait une puissance plus active que l'acétate de morphine, nous ne le pensons pas. Nous ajouterons même que nous ne connaissons aucun fait qui établisse cette différence d'action.

Ce n'est pas tout. Maintenant, pour faire surgir de ce fait d'autres données plus importantes encore, comparons-le à un grand nombre d'autres cas analogues, et dans lesquels on a eu recours à un autre traitement, et tâchons de déterminer, d'après l'observation, si l'emploi endermique de l'acétate de morphine ou d'une autre préparation d'opium, dans la sciatique, ne doit pas être préféré à tout autre moyen, et en raison de la promptitude avec laquelle il agit, et en raison de la facilité de son emploi comparativement à celui de plusieurs autres médications.

Chez Patachon et chez plusieurs autres malades que nous avons traités de la même manière, nous avons obtenu un succès très-prompt et presque toujours un soulagement marqué dès le premier moment de l'emploi de l'acétate de morphine. Pareils succès ont été obtenus par d'autres praticiens. Ainsi, pour nous borner à quelques exem-

(1) 1832. T. V, N.° 105, p. 418.

ples, M. Roulot (1) nous dit que, pendant qu'il a été attaché en qualité d'interne à l'hôpital Beaujon, toutes les sciatiques ont été traitées par l'hydrochlorate de morphine, d'après la méthode endermique, et que chez tous les malades, l'emploi de ce médicament a été couronné d'un prompt succès. Il se borne à citer un fait dans lequel la guérison était complète au troisième jour. M. Guérin (2), père, emploie avec succès les vésicatoires qu'il applique là où existe la douleur, et qu'il panse avec un emplâtre contenant 15 grains d'opium brut. En deux jours il a guéri complètement une sciatique qui durait depuis six semaines. Voyons donc si les autres méthodes préconisées présentent le même avantage.

De ces diverses méthodes, celle de Cotugno est sans contredit une des plus recommandées. Eh bien ! si nous interrogeons les faits, nous verrons que très-souvent, nous dirons même presque toujours, il a fallu plusieurs semaines pour obtenir, soit du soulagement, soit une guérison plus ou moins complète. Ainsi, dans une observation que nous rapporterons plus loin, et dans laquelle nous ne recourûmes pas immédiatement et avec intention à l'emploi de l'acétate de morphine déposé à la surface des vésicatoires, huit jours s'écoulèrent sans que nous eussions obtenu le moindre soulagement. Mais sans citer les faits qui nous sont propres, et que l'on pourrait croire recueillis avec une idée préconçue, interrogeons nos annales.

Laennec, dans un mémoire sur les fièvres intermittentes pernicieuses, dit, dans une note (3), qu'il a eu occasion deux fois de recourir à la méthode de Cotugno pour traiter des sciatiques, et que les douleurs n'ont cessé que plus de *quinze jours* après l'application des vésicatoires. M. Re-

(1) *Propositions et observations*. Thèse. Paris, 1832, N.° 19, p. 9.
(2) *Le Propagateur des sciences médicales*. 1835. T. IV, p. 31.
(3) *Journal de Corvisart, Leroux, Boyer*. T. XIV, p. 23.

veillé-Parise, dans un mémoire sur la sciatique (1), où il se prononce pour cette même méthode qu'il regarde comme la meilleure de toutes, cite plusieurs faits à l'appui de sa proposition. Mais si ces faits démontrent l'efficacité de ce moyen, ils prouvent aussi que son action se fait assez longtemps attendre. En effet, dans la première observation la guérison n'eut lieu qu'au 20e *jour*, et ce ne fut qu'au 8e que le malade éprouva *un peu* de soulagement; dans la deuxième, la névralgie n'était *pas encore complètement* guérie *au* 21e *jour*; dans la troisième, il fallut entretenir le vésicatoire pendant 32 *jours*; dans la quatrième enfin, il y eut du *soulagement* au 9.e jour, mais la guérison n'eut lieu qu'au 25e. M. Jobert rapporte dans sa Thèse inaugurale (2), un cas de sciatique ancienne qui, après avoir résisté aux bains, aux sangsues et aux vésicatoires employés d'après la méthode de Cotugno, guérit *en quelques heures* aussitôt qu'on eut pansé ces mêmes vésicatoires avec un mélange d'opium et de baume tranquille.

Il nous serait facile d'accumuler ici des faits semblables, les journaux de médecine nous en fourniraient un grand nombre, mais ceux que nous venons de mentionner doivent suffire pour le but que nous nous proposons.

Depuis la publication des travaux de M. Martinet (3), et longtemps avant cette époque, on a eu assez souvent recours à l'usage interne et externe de l'essence de térébenthine, et nous devons le dire, on a obtenu des succès aussi nombreux et plus rapides que par la méthode de Cotugno. Toutefois six à dix jours ont été nécessaires pour obtenir la guérison; et si à ce résultat moins prompt, on

(1) *Archives de méd.*, T. IX, p. 471.

(2) *Diss. sur les hémorrhoïdes*. Paris, 1828, n° 24, p. 48.

(3) *Essai sur les névralgies, considérées en général*. Thèse. Paris, 1828, n° 70. — *Du Traitement de la sciatique par l'essence de térébenthine*. 1829, in-8.

joint la répugnance et le dégoût que tous ou presque tous les malades éprouvent à avaler cette térébenthine, et les accidens qui en résultent pour quelques-uns, on sera sans doute conduit, comme nous, à donner encore, sur ce moyen, la préférence à la méthode endermique.

Parlerons-nous des sangsues appliquées en plus ou moins grand nombre sur le trajet du nerf affecté ? Mais ce n'est guère que dans les ouvrages de médecine physiologique et dans les journaux organes de leur doctrine, que l'on rencontre çà et là quelques cas de guérison. Quant à nous, c'est toujours inutilement que nous avons eu recours aux saignées locales, même abondantes, si ce n'est dans un cas où la sciatique était liée à une irritation de la partie inférieure de la moelle épinière. Si l'on voulait un exemple du peu d'efficacité des sangsues, nous citerions un fait dans lequel on a employé en peu de jours *deux cent quatre-vingts* sangsues, et cela *sans succès*, puisqu'on fut obligé d'avoir recours aux opiacés, aux bains, aux ventouses, aux vésicatoires volans (1), etc. Nous pourrions encore rapporter une observation du docteur Levillain (2), et une autre consignée dans la *Lancette française* (3), d'une sciatique qui résista à *cent sangsues appliquées en deux fois*. Toutefois nous ne voulons pas nier le petit nombre de cas dans lesquels l'emploi des sangsues a pu réellement être suivi de succès ; car, comme l'a démontré M. Vandekeer, les névralgies tenant quelquefois à une inflammation du névrilemme, l'on conçoit fort bien que dans ces cas, qui sont très rares selon nous, les saignées locales puissent amener la guérison. Encore faut-il noter que dans la plupart de ces circonstances, on a eu en même temps

(1) *Séance publique de la Soc. roy. de méd. de Toulouse.* 1830, p. 72.
(2) *Journal universel.* T. XXI, p. 108.
(3) février 1830.

recours à d'autres moyens, comme, pour citer un exemple, dans le cas rapporté par M. Vacquié, où *vingt* sangsues seulement furent appliquées, et où on employa *plusieurs bains longtemps prolongés*; or, ce dernier moyen a souvent suffi seul pour guérir, comme nous l'avons observé en 1831 sur M. Grenet, alors huissier à Paris, et tout récemment sur la femme d'un serrurier de notre ville, Mme Pointier.

Parmi les autres méthodes thérapeutiques qui ont été vantées pour la guérison de la sciatique, il en est plusieurs qui paraissent avoir été, dans quelques cas, suivies d'un résultat aussi prompt qu'avantageux. Toutefois l'expérience ne nous paraît pas avoir encore suffisamment sanctionné ces résultats pour faire préférer ces méthodes à celle dont nous nous montrons le partisan presque exclusif.

Telle est l'huile de croton tiglium employée en frictions. Peu de jours en effet, au rapport de M. Joret (1), ont suffi pour obtenir des guérisons complètes; mais encore y a-t-il à considérer dans l'emploi de ce médicament, les douleurs que détermine l'éruption vésiculeuse et le temps nécessaire à la desquammation, alors même que la guérison est opérée. Telle est l'acupuncture qui, s'il fallait s'en rapporter à quelques observations, rares il est vrai, serait un moyen bien promptement suivi de succès. L'observation la plus curieuse en ce genre est celle publiée par le docteur Poullain (2), et dans laquelle la guérison eut lieu en quelques heures à la suite de l'application de cinq aiguilles. Mais comme nous l'avons dit, ces faits sont très-rares, comparés à ceux dans lesquels le même moyen a échoué, et d'ailleurs, il n'est pas toujours facile de décider les ma-

(1) *Considérations thérapeutiques sur l'huile de croton-tiglium.* Thèse. Paris, 1833; n° 177, p. 17.

(2) *Nouvelle Bibliothèque médicale.* T. II, p. 324.

lades à s'y soumettre : l'introduction de ces longues aiguilles au milieu de nos tissus , a quelque chose qui les étonne et les effraie. Tel est le moxa, qui devrait être réservé, comme le voulait Pouteau (1), pour ces cas de sciatiques invétérées qui se sont montrées rebelles à tout autre moyen. Cette médication a en elle-même quelque chose qui effraie et fait éprouver à ceux qui s'y soumettent de très-fortes douleurs. Aussi pensons-nous que peu de malades, auxquels la médecine offrira des moyens plus doux, voudront se soumettre, comme l'individu dont parle le docteur Paillard (2), à l'application de *trente* moxas phosphoriques, pour guérir d'une sciatique existant seulement depuis deux mois.

Quant à l'*extrait de narcisse* vanté par le docteur Pourché (3), au *sous-carbonate de fer* employé deux fois par M. Dupareque (4) ; au *datura stramonium* mis en usage par le docteur James Beglie (5) ; à l'extrait d'aconit qui a réussi deux fois et très-promptement à M. Teallier (6), nous possédons trop peu de faits pour qu'il soit possible d'établir un parallèle ; mais nous avons cru cependant devoir en faire mention ici, afin qu'au besoin ou dans le but seul de les mettre à l'épreuve, on puisse y avoir recours.

Il en est de même de la compression seule, au moyen de laquelle M. Vaidy (7) a guéri en six jours une sciatique survenue chez un phthisique, et qui nous a réussi à nous-même pour compléter la guérison dans le cas suivant, qui prouve encore les bons effets de l'acétade de morphine.

---

(1) *Œuvres chirurgicales*. T. I, p. 205.
(2) *Nouv. Biblioth. médicale*. 1828. T. II, p. 1725.
(3) *Ephémérides de Montpellier*; octobr 1826.
(4) *Nouv. Biblioth. médicale*. 1826 T: III, p. 16.
(5) *Ibid.* 1829, T. III, p. 271.
(6(*Revue médicale*. Janvier 1834.
(7) *Journal de méd. et de chirurg. militaires*. T. XIII, p. 294.

OBS. III.ᵉ — *Sciatique rebelle au traitement de Cotugno, et promptement guérie par l'acétate de morphine (méthode endermique) et la compression.* — Le 12 décembre 1833 nous fûmes appelé pour voir le nommé Tailleur, journalier, demeurant au Bout-Ripé, qui depuis trois jours était tourmenté par les vives douleurs d'une sciatique qu'il nous fut facile de reconnaître par l'ensemble des symptômes que nous observâmes. La douleur était vive surtout dans le mollet et vers la hanche. Curieux d'expérimenter si cette sciatique céderait à l'usage seul des vésicatoires, nous décidâmes facilement le malade à s'en laisser appliquer deux, l'un entre l'ischion et le grand trochanter, et l'autre sur la tête du péroné : le premier avait deux pouces et demi de diamètre, et le second un pouce et demi. Le lendemain nous levâmes ces vésicatoires qui avaient largement agi, et les pansâmes avec du beurre frais. Le troisième jour et ainsi jusqu'au dixième nous les pansâmes avec de la pommade épispastique, et pendant tout ce temps leur effet fut tel que, trois fois dans les vingt-quatre heures, on était obligé de les changer. Le onzième jour, l'état du malade étant le même, c'est-à-dire, les douleurs n'ayant en aucune manière été modifiées par ces exutoires, nous nous décidâmes à recourir à l'acétate de morphine. Un tiers de grain fut immédiatement déposé à la surface de chaque vésicatoire, et ce pansement fut répété le soir. Dans la nuit il y eut un peu de calme, et le malade put dormir. Le douzième jour, demi grain du médicament fut employé pour chaque vésicatoire, et ainsi pendant deux jours, époque à laquelle la douleur de la cuisse et de la jambe avait complètement disparu, et avait été remplacée par un engourdissement douloureux exactement borné à la partie moyenne de la masse charnue des muscles jumeaux, dans l'étendue d'un pouce. Des bains de jambe émolliens et des cataplasmes de même nature arrosés de laudanum n'ayant apporté aucune amélioration, et la jambe offrant le soir un engorgement assez considérable, nous

eumes recours à un bandage compressif assez serré qui, dans l'espace de deux jours, fit complètement cesser les douleurs et le gonflement. Depuis ce moment le malade, que nous avons vu il y a peu de temps encore, n'a éprouvé aucune nouvelle atteinte de sa sciatique.

De ces faits et des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, il reste bien démontré pour nous que l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine, employé d'après la méthode endermique, doit être préféré à tout autre moyen, non-seulement dans le traitement de la sciatique, mais encore dans tout autre névralgie; et à l'appui de cette dernière assertion nous apporterons le fait suivant.

Obs. IVe. — *Névralgie fronto-lacrymale promptement guérie par l'acétate de morphine après avoir résisté à divers autres moyens.* — Au mois de mars 1833, nous fûmes consulté par mademoiselle Colin pour une *douleur de tête*, violente, qui existait depuis deux ans, tout en laissant des momens de calme à la malade. Cette jeune personne, âgée de vingt ans, et d'une constitution lymphatico-nerveuse, a la peau extrêmement fine et blanche, et se trouvait dans un état voisin de l'anémie. Depuis six mois, au moins, les menstrues revenaient à des époques irrégulières, et coulaient beaucoup moins abondamment qu'auparavant, le sang en était aussi beaucoup plus séreux. Nous apprîmes que la douleur avait commencé deux ans auparavant, sans cause connue, que, légère d'abord, elle était devenue de plus en plus forte, que les accès s'étaient rapprochés; et que depuis quelques mois, quand la douleur venait à paraître, la malade était obligée de garder le lit et de rechercher l'obscurité. Cette douleur commençait ordinairement à la tempe du côté gauche, où, très-circonscrite d'abord, elle ne tardait pas à s'étendre au front, à la joue, et même jusqu'à la mâchoire inférieure sous le menton : elle s'irradiait souvent aussi au sourcil, à la paupière supérieure et à l'œil. Alors cet organe se gonflait, rougissait, devenait extrême-

ment douloureux à l'impression de la plus faible lumière, la vue était troublée, et d'abondantes larmes coulaient sur la joue où elles déterminaient la sensation d'une vive brûlure et une forte rougeur érysipélateuse. Les douleurs revenant par accès, étaient comparées par la malade, tantôt à des coups de marteau, tantôt aux douleurs que produiraient de nombreuses aiguilles qu'on enfoncerait dans tout le côté gauche de la tête. La plus légère pression, ou plutôt le simple contact du doigt, suffisait pour exaspérer les douleurs, qui souvent arrachaient des cris à la malade et déterminaient des mouvemens convulsifs dans les muscles nombreux de la face, d'où résultaient les grimaces les plus bizarres. Au milieu des accès les plus forts, il semblait à la malade qu'elle avait le côté gauche de la face énormement gonflé, et que l'œil allait sortir de son orbite.

Témoin plusieurs fois des divers symptômes dont nous venons de faire l'énumération, il nous fut facile d'établir notre diagnostic : nous avions à combattre une névralgie fronto-lacrymale.

Ayant, pendant plus d'un mois, employé sans succès les emplâtres d'extrait gommeux d'opium, les lotions avec une solution d'extrait de belladone, les cataplasmes arrosés de laudanum, les pilules de Méglin, secondés d'un régime convenable et de boissons calmantes, nous décidâmes enfin la malade, vaincue d'ailleurs par les fortes douleurs qu'elle éprouvait, à se laisser appliquer, à la tempe du côté malade, un petit vésicatoire, que le lendemain matin nous saupoudrâmes avec un tiers de grain d'acétate de morphine : ce pansement fut répété trois fois dans la journée. Le soir il y avait une légère amélioration, et la malade put reposer quelques instans pendant la nuit ; le jour suivant et ainsi pendant quatre jours nous employâmes de la même manière un grain d'acétate de morphine dans les vingt-quatre heures. Au cinquième jour, toute douleur avait disparu, et il ne restait qu'un léger engourdissement dans la tempe. La

malade, satisfaite d'un pareil résultat, ne voulut pas, malgré nos vives instances, se soumettre plus long-temps au traitement qui nous avait si bien réussi, et que nous jugions convenable de continuer encore, en raison du temps depuis lequel existait la maladie. Bientôt aussi, quoique moins intenses, les douleurs reparurent, et nous fûmes obligé d'appliquer un nouveau vésicatoire à la tempe, qui, pendant dix jours fut saupoudré avec des doses, croissantes d'abord, puis décroissantes, d'acétate de morphine, dont douze grains furent employés dans ce dernier traitement. Cette fois, avant de cesser complètement, les douleurs revinrent régulièrement pendant trois jours à une heure déterminée. Cette intermittence fut combattue avec succès par le sulfate de quinine pris une heure, et une demi-heure avant l'accès, à la dose de quatre et six grains.

Après avoir aussi heureusement guéri cette névralgie, qui, comme nous l'avons déjà dit, existait depuis deux ans, nous nous occupâmes de la santé générale de la malade, et surtout de la menstruation. Nous prescrivîmes de bon vin rouge, étendu d'eau ferrée, des viandes grillées et rôties, du bouillon gras, de l'exercice; et, pour l'aménorrhée, l'infusion suivante, ♃: Quinquina concassé, gentiane jaune coupée, ãã ʒ iij; baies de genévrier concassées, ℥ ß; camomille romaine, ʒ ij; sous-carbonate de fer, ℥ j. Faites infuser à froid dans un litre de bon vin blanc, et prendre par une ou deux onces le matin à jeun.

Ce traitement fut suivi d'un plein succès : les menstrues revinrent régulièrement; le sang fut d'abord un peu rouge, puis plus abondant, et Mlle Colin offre aujourd'hui un certain degré de fraîcheur.

Si nous voulions faire pour les névralgies ce que nous avons entrepris pour la sciatique, c'est-à-dire, comparer entre elles, par rapport à leurs résultats, les diverses méthodes thérapeutiques qui ont été et sont encore employées aujourd'hui, nous arriverions probablement à la même

conclusion, quoique depuis peu on ait publié un assez grand nombre de faits en faveur de quelques nouvelles médications; et bien que nous connaissions les résultats obtenus, par quelques médecins, de l'emploi d'une solution de belladone, de l'extrait du datura stramonium, des lotions avec le cyanure de potassium, etc., etc., nous recourrons toujours au moyen qui nous a constamment réussi, jusqu'à ce que l'expérience des autres ait accumulé assez de preuves pour modifier notre opinion.

Pour celui qui voudrait entreprendre un travail aussi intéressant qu'utile, et rassembler un grand nombre de faits pour comparer entre eux les résultats des divers traitemens conseillés contre le *tic douloureux de la face*, nous rapporterons encore le cas suivant, que nous avons recueilli, et dans lequel la guérison fut très-prompte, en raison sans doute du peu de temps depuis lequel existait la maladie. Nous ajouterons aussi que le même moyen nous a réussi une troisième fois dans un cas de névralgie orbitaire, liée à l'existence d'une ophthalmie scrofuleuse.

Obs. V.e = *Névralgie sus-orbitaire : emploi de l'acétate de morphine; guérison rapide.* — Le 23 décembre 1833, le nommé Bourdillot, demeurant au Vieux Cimetière, vint nous consulter. Cet homme est journalier, âgé de 30 ans environ, d'une forte constitution, et n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Le 20 décembre, étant à travailler sur la grande route, il fut tout-à-coup pris d'une violente douleur qui, partant du sourcil, s'étendait au front, à la tempe et au nez. Au milieu des plus fortes douleurs, il y avait un larmoiement très-abondant. Nous eûmes immédiatement recours à l'application d'un vésicatoire à la tempe du côté malade. Ce vésicatoire fut levé douze heures après, et saupoudré d'un tiers de grain d'acétate de morphine. Ce pansement eut lieu le soir à huit heures; et tel fut l'effet du médicament que, dès la même nuit, il y eut un calme marqué et du sommeil, ce qui n'avait pas eu lieu depuis

l'invasion des douleurs. Le lendemain, même pansement matin et soir; soulagement plus marqué encore. Le 25, pansement du vésicatoire avec demi-grain d'acétate de morphine le matin et le soir. Dès le milieu de la journée, la douleur, qui ne consistait déjà plus qu'en une simple sensation d'engourdissement, avait complètement disparu. Le malade pressé de retourner à son travail, n'ayant pas voulu, malgré notre avis, continuer l'emploi du médicament, n'en a pas moins été exempt de toute récidive.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observation de névralgie sus-orbitaire traitée avec succès par l'incision et la cautérisation, suivie de quelques réflexions physiologico-pathologiques; par C. F. Bellingeri. (Extrait).

P.-G.-G. Dronero, avocat, âgé de 26 ans, de tempérament sanguin-nerveux et de constitution peu robuste, avait reçu en 1810, et dans la 18ᵉ année de sa vie, une blessure à un doigt environ au-dessus du trou sus-orbitaire du côté gauche. Cette blessure fut causée par un morceau de fer long et volumineux, qui tomba d'un lieu élevé, et le heurta avec son extrémité mousse, tandis qu'il était couché sur le dos. Il y eut une contusion avec déchirure des parties molles, et un écoulement de sang qui s'éleva à deux livres et qui fut suivi d'une légère syncope. La cicatrisation de la plaie fut rapide, et pendant les six mois qui suivirent son accident, le malade n'éprouva aucun symptôme ni dans le lieu de la blessure ni dans la vue. Après ce laps de temps, il devint sujet à une sensation de pesanteur et de malaise qui occupait toute la région frontale gauche, et qui s'accompagnait d'un battement peu fort dans le lieu même de la cicatrice. En même

temps, l'œil gauche ne pouvait supporter la lumière ; le malade était forcé de tenir les paupières fermées ; la vue était trouble et confuse, et s'il voulait lire avec cet œil, des larmes le remplissaient aussitôt. Si alors il prenait de la nourriture, la douleur s'exaspérait et se prolongeait plus longtemps qu'à l'ordinaire. Ces symptômes se manifestaient dans la matinée, au moment du réveil, et duraient ordinairement pendant 24 heures ; mais s'ils dépassaient cette limite, ils se prolongeaient jusqu'au troisième jour. Bien qu'ils indiquassent une névralgie frontale, ils furent attribués à une simple migraine. Ils se renouvelaient assez régulièrement chaque mois et cédaient spontanément. On n'entreprit rien pour leur guérison. Ils continuèrent ainsi jusqu'en 1823, s'accompagnant seulement de constipation.

Dans le mois de mars 1823, les douleurs du nerf sus-orbitaire gauche furent si vives que dans l'espace de quinze jours, on pratiqua quatorze émissions sanguines, malgré lesquelles les douleurs persistèrent avec plus ou moins d'acuité pendant environ trois mois. Au moment des accès, l'artère frontale était distendue, et battait avec force. Depuis cette époque, les douleurs reparurent chaque mois avec beaucoup d'intensité et disparaissaient spontanément au bout de deux jours. Dans le mois de décembre de la même année, les mêmes douleurs névralgiques se renouvelèrent et s'étendirent à la région temporale gauche, s'accompagnant d'une augmentation notable de volume des artères temporale et frontale dont les battemens devenaient très-violens. La maladie fut regardée comme une artérite, et traitée par dix émissions sanguines qui procurèrent un peu de calme, mais non la cure radicale de la maladie. Le malade se rendit à Pavie dans le mois de mars 1824, où la saignée de la temporale lui fut conseillée, mais ne fut pas pratiquée. Il fit usage sans succès de l'eau cohobée de laurier cerise, tant à l'intérieur que localement ; les extraits

narcotiques de toute espèce furent aussi employés à l'intérieur et à l'extérieur, mais avec peu d'avantage.

Depuis cette époque jusqu'en 1828, les accès névralgiques eurent lieu tous les mois, et surtout vers la fin de chaque mois; rien ne pouvait les faire cesser; la saignée générale et les sangsues appliquées à la tête pouvaient seules procurer du soulagement; plus on y recourait promptement, plus le soulagement était prompt et remarquable; lorsqu'on les répétait plusieurs fois, le malade restait plus longtemps sans ressentir les douleurs qui alors lui laissaient un repos de deux ou trois mois. Pendant cette période, le malade remarqua que ses cheveux étaient plus hérissés, plus durs et plus épais du côté gauche que du côté droit. En même temps, ils croissaient avec plus de rapidité du même côté.

Dans le mois d'avril 1828, je vis le malade avec les professeurs Geri et Riberi. Le nerf sus-orbitaire était douloureux à la pression à sa sortie du trou du même nom; toute la région frontale et temporale gauche présentait un développement et une turgescence plus considérable que la même partie du côté droit; cette disposition datait de quelques années; nous ne remarquâmes aucun phénomène morbide du côté de l'œil; la pupille et la vision étaient à l'état normal; la sensibilité de la peau était normale dans la région frontale et temporale, aussi bien que dans toute l'étendue du cuir chevelu; les mouvemens étaient libres dans les muscles orbiculaires, surcilier et frontal du côté gauche.

Nous diagnostiquâmes une névralgie frontale traumatique, reconnaissant pour cause actuelle une phlegmasie chronique du nerf, accompagnée peut-être d'une altération organique du même nerf, et qui exigeait pour sa cure la section et la cautérisation du nerf malade. Cette opération fut pratiquée le 10 avril, par le professeur Riberi. La section du nerf fut faite à deux lignes au-dessus du trou sus-orbitaire, au-dessous de l'ancienne cicatrice, et fut très-douloureuse. Au

moment où le rameau nerveux fut coupé, le malade éprouva une sensation de secousse dans tout l'encéphale. L'hémorrhagie s'éleva à deux onces. Nous fûmes certains d'avoir divisé le nerf malade, car avant l'incision il avait été mis à découvert, et nous pûmes ensuite observer ses deux bouts, remarquables par leur blancheur. Si l'on touchait avec les pinces le bout du nerf qui correspondait à l'encéphale, la douleur était très-vive. Peu de temps après, les deux extrémités du nerf furent cautérisées deux fois successivement avec un cautère en forme de bouton. La douleur fut vive, mais surtout la seconde fois, où elle s'accompagna d'une sensation de flamme qui s'étendait en haut, en suivant toutes les divisions du nerf, et d'une sensation de secousse qui s'étendit à tout l'encéphale, et détermina des cris, de l'agitation et des spasmes dans tout le corps; ces symptômes furent suivis d'une légère syncope et de sueur froide, et tout disparut dans l'espace de deux minutes.

Dans les jours suivans, la fièvre se développa et s'accompagna de céphalalgie et de douleur dans la plaie; le pouls était vibrant. On pratiqua trois saignées, on appliqua une sangsue pour entretenir l'inflammation locale, et empêcher qu'elle ne se propageât au cerveau; et on administra de l'eau cohobée de laurier-cerise intérieurement à la dose de dix gouttes par jour dans une émulsion de gomme arabique. Le cinquième jour après l'opération, le malade eut dans la nuit des spasmes généraux sans perte de connaissance, comme il en avait éprouvé déjà auparavant. Le septième jour, voulant examiner avec soin le fond de la plaie, qui était baigné par de la sérosité, le professeur Riberi y introduisit une petite quantité d'étoupe qu'il tenait avec des pinces, dont les extrémités étaient un peu oxydées. L'application de l'étoupe ne produisit aucune sensation, mais quand les extrémités de la pince touchèrent les deux bouts du nerf divisé, le malade éprouva une douleur très-vive, il sentit comme un feu qui se propageait à toutes les divisions

supérieures du nerf, et il éprouva une secousse dans tout l'encéphale, mais principalement dans la direction de la queue de la moelle alongée, c'est-à dire vers l'origine de la cinquième paire; il disait *que son cerveau s'en allait.* Cette secousse se propagea à tout le corps, il eut une agitation générale, quelques efforts de vomissemens, et quand on lui offrit à boire la déglutition lui fut impossible. Cette sensation fut beaucoup plus douloureuse que celle qui avait été produite par la cautérisation elle même, et offrit beaucoup d'analogie avec celle qui résulterait d'une forte secousse électrique; elle fut déterminée probablement par le contact du fer en partie oxydé avec la sérosité qui baignait le fond de la plaie, et avec les deux extrémités libres du nerf. Ces phénomènes servirent à nous confirmer dans la croyance que nous avions réellement coupé le nerf.

Le vingtième jour, la plaie était presque entièrement cicatrisée. Le vingt-huitième, le malade se trouvait parfaitement rétabli; il n'éprouvait aucune sensation fâcheuse dans tout le côté gauche de la tête; il n'y avait plus de battemens ni au front, ni aux tempes; le côté gauche de la tête avait repris son volume naturel; le développement anormal et la turgescence qui existaient avant l'opération s'étaient dissipés; le globe oculaire était parfaitement sain; la vision était intacte dans les deux yeux; le nerf sus-orbitaire gauche pouvait être comprimé sans douleur; dans tout le côté gauche de la tête la sensibilité de la peau était normale; si l'on chatouillait légèrement la région frontale et la région temporale gauche, le malade éprouvait une sensation qui le portait à rire; il percevait les diverses nuances de température, et les impressions qui sont produites quand les cheveux sont touchés ou tirés légèrement; les mouvemens des muscles frontal, sus-orbitaire, orbitaire de paupières et occipital étaient aussi libres qu'avant l'opération, et semblables à ceux des mêmes muscles du même côté droit. Le malade, se trouvant parfaitement guéri, retourna dans sa patrie.

Dans le courant du mois de juin suivant, il eut une céphalalgie intense, limitée à la région temporale droite, et accompagnée de fièvre ; on lui fit deux saignées, qui offrirent un sang très-rouge, et sans couenne. La douleur se dissipa dans la journée même. Le lendemain matin il se réveilla éprouvant une douleur semblable dans la région temporale gauche et percevant un battement dans le lieu de la névralgie. On appliqua en conséquence des sangsues derrière les oreilles, et la céphalalgie disparut. Peu de jours après il fut pris de mouvemens spasmodiques généraux : tantôt il était dans un état de tétanos droit, tantôt ses membres étaient portés dans une extension ou dans une flexion violente. Pendant ces accès les facultés intellectuelles étaient tantôt nulles, tantôt intactes. Ces accès duraient depuis un quart d'heure jusqu'à une heure, et se reproduisirent pendant quinze jours, présentant une certaine périodicité; ils disparurent après l'emploi de l'acétate de morphine, d'abord seul, puis combiné avec le sulfate de quinine.

Je revis cet homme en juin 1829 ; il était complètement débarrassé de toute douleur névralgique de la face; le nerf sus-orbitaire était insensible à la pression, la sensibilité de toute la partie gauche de la tête était naturelle; les mouvemens de tous les muscles situés à la région frontale et à la région temporale gauche étaient libres; les cheveux du côté gauche de la tête avaient repris leur souplesse primitive, et ne poussaient pas plus rapidement que ceux du côté droit; la nutrition générale était excellente; en un mot, la guérison était parfaite, et depuis six ans elle ne s'est point démentie.

Réflexions. — La conclusion que l'on est porté à tirer tout d'abord de cette opération, c'est que le rameau sus-orbitaire, qui est une subdivision de la cinquième paire, ne sert ni au mouvement, ni à la sensibilité de la peau qui recouvre le front, la tempe, le vertex et l'occiput, parties au tissu cutané desquelles se distribuent les der-

nières divisions de ce rameau, à savoir le frontal superficiel, qui fournit ses filets à la peau du front et de la tempe et le frontal profond, dont les filets vont aboutir à la peau du front, du vertex et de l'occiput: en effet, bien que ce rameau sus-orbitaire eût été réellement divisé, non-seulement les muscles orbiculaire de la paupière, frontal et sus-orbitaire conservèrent leurs mouvemens, mais encore la sensibilité resta naturelle dans tout le côté gauche de la tête, immédiatement après l'opération, aussi bien qu'après un long espace de temps. Il y aurait donc des rameaux de la cinquième paire qui ne président pas à la sensibilité; et la sensibilité des parties indiquées ci-dessus serait donc sous la dépendance de la cinquième paire, dont le rameau profond externe donne des filets à la peau de la région occipitale, et dont le rameau temporal, qui est une division du temporo-facial, donne des filets à la peau de la région temporale. Cette dernière opinion, il est vrai, est combattue par les expériences nombreuses de Ch. Bell, de Magendie, de Mayo et d'Eschricht, qui s'accordent pour démontrer que la section du tronc ou des rameaux de la cinquième paire, détruit la sensibilité, en laissant les mouvemens intacts, tandis que la division du nerf facial détermine la paralysie du mouvement, et non la perte de la sensibilité. Elle se trouve en outre en opposition avec les deux observations que j'ai publiées en 1818 (1), et dont l'une est un exemple de maladie du tronc de la cinquième paire, et l'autre a rapport à la septième, ou nerf facial. Dans la première il y avait anesthésie de tout le côté correspondant de la face; dans la seconde, la paralysie portait sur les mouvemens de presque tous les muscles du côté correspondant de la joue, mais la sensibilité était normale.

Indépendamment de ces faits, ce qui m'empêcha d'at-

(1) *Dissertatio inauguralis*. Part. 3. *Ex physiologiâ: quinti et septimi nervorum paris functiones*. P. 195 et 181.

tribuer aux divisions du nerf facial la sensibilité qui persistait chez mon malade, c'est que les filets de la septième paire, qui se distribuent à la peau du crâne, sont en très-petit nombre, et ne s'étendent pas plus loin que la tempe et la région occipitale. En outre, d'autres divisions provenant de la cinquième paire, mais étrangères aux divisions indiquées du sus-orbitaire, se distribuent à la peau des régions frontale, temporale, syncipitale et occipitale. Telle est une division du rameau sus-trocléen, appelée nerf frontal moyen, laquelle donne des filets à la peau du front. Le sus-trocléen lui-même est une division du nerf frontal, qui provient de l'ophthalmique, première branche de la cinquième paire. Outre le frontal moyen, une autre division du sus-trocléen, appelée frontal supérieur, se distribue à la peau du front et à celle du vertex. De plus, un rameau du sous-trocléen, appelé palpébro-frontal, se distribue à la peau du front; et le sous-trocléen, étant une dépendance du nerf nasal qui naît du frontal, tire ainsi son origine de l'ophthalmique, qui naît directement de la cinquième paire. A la peau de la tempe et du vertex se distribuent les filets du temporal sous-cutané, dépendance du sous-cutané de la joue; ce dernier provient du rameau maxillaire supérieur de la cinquième paire. Enfin, à la peau du front, du vertex et de l'occiput, se ramifient les filets du temporal propre, qui est une dépendance du temporal cutané, lequel est un rameau du maxillaire inférieur de la cinquième paire. De plus, l'occiput reçoit des filets de la seconde et de la troisième paire des nerfs cervicaux. Ainsi, la peau qui recouvre le crâne est abondamment pourvue de nerfs sensitifs, qui proviennent, soit des diverses ramifications du même nerf, soit de diverses sources très-étrangères l'une à l'autre.

Il n'est donc pas permis de conclure que le rameau sus-orbitaire ne préside point à la sensibilité, parce qu'après sa section la sensibilité persiste dans les parties auxquelles

il se distribue, et conséquemment il serait faux de conclure en général que la cinquième paire n'est point destinée à la sensibilité. Il serait encore plus erroné d'attribuer cette faculté à la septième paire, puisque cette fonction pouvait, chez notre malade, être accomplie par un grand nombre d'autres ramifications nerveuses. La seule conclusion que l'on puisse rigoureusement tirer de cette observation, c'est que la section d'un nerf sensitif ne détruit ni ne diminue la sensibilité des parties auxquelles il se distribue, quand cette partie reçoit d'une manière évidente d'autres nerfs du sentiment. On ne pourrait pas non plus conclure du même fait que le nerf sus-orbitaire ne sert point aux mouvemens des muscles frontal, sourcilier et orbiculaire des paupières, puisque ces muscles reçoivent beaucoup de filets des nerfs sus et sous-troeléen, et du temporal sous-cutané, qui sont une dépendance de la cinquième paire, outre le rameau de la septième paire, ou nerf facial. En effet, en supposant que le rameau sus-orbitaire fût un nerf moteur, il pourrait être divisé sans lésion aucune du mouvement, attendu que beaucoup d'autres rameaux de la cinquième paire se rendent aux muscles indiqués.

Cependant Ch. Bell s'appuie sur un fait tout à fait semblable pour prouver que le rameau sus-orbitaire ne sert point au mouvement. Chez son malade, comme chez le mien, la section du nerf n'entraîna point la paralysie du mouvement; mais cette opération ne causa pas davantage l'anesthésie, et Ch. Bell n'a pas dit un mot de cette dernière circonstance: c'est qu'un tel fait se trouvait en opposition avec sa théorie. Son but était de démontrer que le rameau sus-orbitaire, ainsi que les autres rameaux de la cinquième paire, préside à la sensibilité et non à la motilité. De son observation il a pu conclure que ce nerf n'est pas moteur; mais il n'en résulte pas absolument qu'il soit nerf de la

sensibilité. Il aurait fallu, pour tirer cette conclusion, que la section du nerf eût produit l'anesthésie.

Pour déterminer si ce rameau est sensitif ou moteur, il faut comparer ce fait avec les résultats des expérimentations et des observations pathologiques, qui ont rapport aux autres rameaux de la cinquième paire. En s'appuyant uniquement sur les expériences faites sur les animaux, tous les physiologistes s'accordent pour dire que la section des autres rameaux de la cinquième paire (je veux dire sa grande portion, et non la petite, appelée par moi nerf masticateur) produit l'anesthésie, et non la paralysie; d'où il semble que l'on pourrait conclure, par analogie, que le rameau sus-orbitaire préside à la sensibilité et non au mouvement. Mais aux résultats de l'expérimentation s'opposent les observations pathologiques, et en première ligne, celle que j'ai rapportée dans ma Thèse inaugurale (page 125), dans laquelle on voit coïncider avec une maladie de la cinquième paire la diminution de la sensibilité et la paralysie du mouvement, non dans les muscles qui servent à la mastication, mais dans tous les autres muscles de la face. L'observation anatomique faite par Mayo, savoir : que la cinquième paire est un nerf moteur du muscle circonflexe du palais (1), nous confirme dans l'idée que la grande portion de la cinquième paire influe aussi sur les mouvemens de la face. Cette opinion prend de la force si l'on considère bien les phénomènes consécutifs à la section de rameaux provenant de la cinquième paire, pratiquée chez l'homme dans un cas de névralgie, phénomènes décrits par des auteurs impartiaux parce qu'ils ont écrit avant que les questions relatives aux fonctions des nerfs de la face eussent été agitées par les physiologistes. Ainsi, Haighton, ayant divisé le rameau sous-orbitaire droit chez une dame atteinte de névralgie, observa que le sentiment et le mouvement de la

(1) *Journal de physiologie expérimentale*. T. III, p. 354.

lèvre, quoique *évidemment diminués*, ne furent pas entièrement perdus. Si, dans ce cas, la sensibilité et la motilité de la lèvre furent lésées, il en résulte que la cinquième paire influe et sur la sensibilité et sur le mouvement; et si ces phénomènes n'ont pas duré, on doit attribuer cette circonstance, comme l'a fait Haigton lui-même, à la réunion consécutive des deux bouts du nerf. Leydig a publié (1) une autre observation de névralgie sous-orbitaire qui est plus concluante, et d'où il résulte, ainsi que de la précédente, que la section du rameau sous-orbitaire, pratiquée chez l'homme, exerce une influence fâcheuse sur la sensibilité et sur le mouvement volontaire, ce qui qui fait naître des doutes sur la doctrine de Ch. Bell et de Magendie, qui prétendent que la cinquième paire ne préside qu'à la sensibilité et non au mouvement de la face.

L'observation qui a donné lieu à ce mémoire semble prouver l'influence des rameaux de la cinquième paire, et surtout du rameau sus-orbitaire sur les fonctions organiques. On a vu que ce rameau était le siége du mal; on observait évidemment une turgescence anormale du front et de la tempe gauche, phénomène qui, quand il persiste, est une preuve d'une nutrition plus considérable, et d'une augmentation de ce qu'on appelle *turgescence vitale*: les cheveux étaient plus durs, plus épais, plus nombreux, et croissaient plus vite dans le côté gauche de la tête que dans le côté droit; dans le moment des accès névralgiques, l'artère temporale et la frontale étaient distendues, et battaient avec force; tous ces symptômes démontrent que la condition morbide du nerf sus-orbitaire produisait une augmentation des fonctions organiques relatives à la nutrition, à la circulation et à la *turgescence vitale*; ils disparurent après la section du rameau sus-orbitaire. Déjà, dans ma disser-

---

(1) *Doloris faciei dissecto infra orbitali nervo historia*; et Halliday, *Considérations pratiques sur les névralgies de la face*. P. 55.

tation inaugurale, je crois avoir démontré que la cinquième paire préside aux fonctions organiques; cette opinion a été confirmée par les expériences de Magendie (1). On peut consulter à ce sujet Serres (2) et Hildebrand (3), qui n'hésitent pas à considérer le nerf en question comme un nerf de la vie organique. Le professeur Stark, d'Iena (4), a adopté l'opinion que j'ai soutenue dans ma thèse.

Quant aux considérations pathologiques et thérapeutiques que cette observation permet de faire, il est évident que la maladie ne consistait point dans une simple inflammation, mais bien dans une altération organique du rameau nerveux affecté, ce qui s'explique très-bien par la nature du corps qui avait produit la lésion, et qui avait agi en contondant et en broyant le tissu nerveux. La longue durée de la maladie donnait à penser que l'inflammation, en passant à l'état chronique, avait nécessairement produit quelques-uns des résultats qui lui sont propres, comme l'épaississement du névrilemme, l'infiltration de son tissu par de la sérosité, ou une altération de la substance nerveuse elle-même. Cette observation confirme cette vérité, que les symptômes qui dépendent d'une lésion du système nerveux sont intermittentes, bien que la cause de ces mêmes symptômes soit permanente. Cette cause n'agit que comme cause prédisposante; il faut d'autres circonstances pour reproduire les phénomènes morbides. Il n'en est pas moins vrai que la condition pathologique d'une partie quelconque du système nerveux, bien qu'elle ne constitue pas la cause prochaine de la maladie, doit cependant fournir la principale indication thérapeutique, c'est-à-dire qu'on devra enlever ou détruire cette partie quand cela sera possible.

(1) *Journal de physiologie expérimentale*. T. IV, fasc. 2, et *Annali universali di medicina*. T. XXXII, p. 283.

(2) *Anatomie comparée du cerveau*. T. II, p. 67. et *Ann. univ. di med.* T. XXXIV, p. 297.

(3) *Annales Scholæ clinicæ medicæ ticinensis*. T. II, p. 141 et 230.

(4) *Bulletin des sciences médicales*. 1824. T. II, p. 100.

Ici, les antiphlogistiques diminuèrent l'intensité des accès et les rendirent moins fréquens ; mais ils ne purent jamais procurer une cure radicale. On trouve au contraire dans cette observation une preuve des bons effets de la section du nerf, suivie de la cautérisation, du moins pour les névralgies qui ont leur siége, non dans le tronc, mais dans les rameaux de la cinquième paire. Il y a six ans que l'opération a été pratiquée, et la névralgie n'a pas reparu. Enfin cette observation démontre qu'il est bon de faire suivre la section du nerf par sa cautérisation, afin de s'opposer à la reproduction de la névralgie. Toutefois, comme la cautérisation est excessivement douloureuse, il vaut mieux enlever une portion de la substance nerveuse, afin d'empêcher les deux bouts du nerf divisé de se réunir, en ayant soin, pour éviter une nouvelle douleur, de faire la seconde section du côté des divisions nerveuses, et non du côté de l'encéphale.

Observations et réflexions sur la péricardite rhumatismale par le docteur Heyfelder, *de Sigmaringen*(1).

Le rhumatisme aigu ambulant doit être mis au nombre des maladies les plus graves, parce qu'on le voit souvent, malgré le traitement le mieux dirigé, se terminer par une inflammation du cerveau, des méninges, des organes thoraciques, ou plus souvent du péricarde, qui devient presque toujours mortelle, après un laps de temps plus ou moins long. Le pronostic est surtout défavorable pour la péricardite qui se développe dans de pareilles circonstances, ainsi que le démontrent les observations suivantes.

Obs. I.re Un forestier d'environ vingt-huit ans, sujet aux affections rhumatismales, mais du reste bien portant et d'une

(1) *Heidelberger klin. Ann.* T. X, part. 4.

constitution robuste, éprouva, par suite d'un violent refroidissement une fièvre rhumatismale, qui fut traitée par un régime convenable et des sudorifiques peu violens. Le quatrième jour de la maladie, gonflement et rougeur de l'articulation radio-carpienne droite, de celles du genou et du pied du côté gauche. (Saignées locales; envelopper les parties souffrantes dans du taffetas ciré; un grain de tartre stibié par heure, et pour boisson, de la limonade chaude). La peau du malade était chaude et humide, la langue blanche, la tête lourde, la respiration un peu gênée, le pouls fréquent et plein; la nuit fut sans sommeil et agitée. Le lendemain matin, les articulations indiquées n'étaient plus douloureuses; toutes les articulations des extrémités supérieures et inférieures du côté droit étaient le siége d'une vive douleur, et d'un gonflement considérable qui ne permettait aucun mouvement; ces articulations furent également enveloppées de taffetas ciré; une forte saignée procura un soulagement remarquable, mais passager. Au bout de dix heures les douleurs disparurent, excepté dans les genoux, où la souffrance était encore insupportable. (Vingt sangsues *loco dolenti*). Vers la nuit, le malade parut plus tranquille; mais après un sommeil de deux heures il se réveilla avec une grande anxiété, de la dyspnée, de la douleur à la région précordiale, des palpitations et un pouls très-irrégulier. Le malade resta dans cet état jusqu'au lendemain matin. A cette époque, la région précordiale offrait une tuméfaction remarquable, et donnait un son très-mat à la percussion. Le bruit respiratoire y manquait complètement. Toutes les articulations étaient sans enflure et sans douleur; la peau partout couverte de sueur; la soif était supportable; la langue était rouge aux bords et à la pointe, et blanche au milieu; les selles étaient naturelles, l'urine rouge et peu abondante. (Une saignée; deux grains de calomel toutes les deux heures; sinapismes arrosés de teinture de cantharides, à la paume des mains et à la plante des pieds.) Ces moyens procurèrent

une diminution passagère des accidens, qui vers le soir se reproduisirent avec plus d'intensité, et ne purent être calmés en aucune manière par l'application de dix-huit sangsues, et d'un vésicatoire sur la poitrine. Vers le matin, la douleur était insupportable à la région précordiale, le pouls plus irrégulier, la dyspnée plus forte; la région précordiale parut plus gonflée et donna à la percussion un son très-mat. Quant au bruit de cuir neuf, indiqué par Colin, je ne pus le découvrir (1). Une nouvelle saignée ne produisit aucun soulagement, les sinapismes appliqués autour des articulations parfaitement libres d'enflure et de douleur, n'eurent aucun effet, et la mort eut lieu à la fin du neuvième jour, le malade ayant conservé sa pleine connaissance.

Autopsie, 20 *heures après la mort.* — Rien d'anormal dans le cerveau et les poumons. Le péricarde était extraordinairement distendu, et contenait un liquide rougeâtre et trouble; sa surface intérieure, dans la partie qui correspond au feuillet fibreux, était tapissée par une fausse membrane solide, d'environ une ligne d'épaisseur, et inégale. Une fausse membrane semblable, mais moins solide et moins épaisse, couvrait l'enveloppe séreuse du cœur; ce dernier n'offrait rien d'anormal, sauf quelques masses polypiformes dans le ventricule droit. Les organes de l'abdomen étaient tous sains.

Obs. II. Une blanchisseuse de 40 ans, qui avait eu plusieurs fois des affections rhumatismales, fut prise, après un refroidissement intense, d'un rhumatisme aigu, qui, malgré plusieurs saignées générales, et un traitement antiphlogis-

(1) A raison de la grande quantité de sérosité qui devait être renfermée à cette époque dans le péricarde, si l'on en juge par la matité du son et la saillie de la région précordiale, il est facile de concevoir pourquoi il n'y avait dans ce cas aucun bruit de frottement. (Voy. à ce sujet le mémoire du docteur Stokes, *Archives générales*, janvier 1834). (*Note du Trad.*).

tique, changea de place cinq fois dans six jours. Toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs furent successivement le siége de la douleur, du gonflement et de la rougeur, qui étaient considérables. La malade était privée de tout mouvement.

Le septième jour, ces symptômes se calmèrent ; le pouls devint moins fréquent; la peau était souple: l'urine semblait annoncer une détente générale, et la malade put se livrer au sommeil pour la première fois. Mais au bout de trois heures elle se réveilla et se sentit moins bien qu'avant son sommeil. Elle devint agitée, et éprouva une dyspnée telle, qu'il lui fut impossible de garder la position horizontale dans son lit. En même temps, toutes les articulations étaient complètement délivrées de la douleur, de la rougeur et du gonflement. Vers le soir, l'anxiété et la dyspnée augmentèrent d'intensité, le pouls était dur et irrégulier, l'urine était abondante et n'était plus *critique* (1); la figure était décomposée. La malade éprouvait au-dessous de la mamelle gauche et à la région précordiale des palpitations douloureuses, qui offraient peu de rémissions, et devenaient de temps en temps si violentes qu'elles lui arrachaient des cris. La position, la respiration et la pression ne paraissaient avoir aucune influence ni pour accroître ni pour diminuer la douleur. La région précordiale n'offrait aucune tuméfaction, mais la percussion y donnait un son mat. Entre ce lieu et la mamelle gauche je ne pus entendre le bruit respiratoire, qui ne manquait dans aucun autre point de la poitrine. Les battemens du cœur étaient irréguliers et inégaux. Aucun bruit, semblable au craquement du cuir neuf, n'était appréciable. (Une saignée; sinapismes autour des articula-

(1) Le docteur Heyfelder aurait sans doute mieux fait d'indiquer les qualités de l'urine que de se borner à l'emploi du mot *critique*, dont la signification, dans ce sens, est loin d'être claire et précise. (*Note du Trad.*)

tions des mains et des pieds; intérieurement deux grains de calomel alternant avec un grain de tartre stibié).

Il ne s'opéra aucune amélioration dans la nuit suivante; il n'y eut ni vomissemens, ni selles; ces dernières furent provoquées et entretenues par des lavemens irritans. Le visage de la malade se décomposa davantage, et devint pâle et froid; les extrémités se refroidirent; les battemens des artères et du cœur restèrent inégaux et irréguliers; la langue était rouge aux bords et à la pointe, et blanche au milieu; la région précordiale n'était point tuméfiée, mais comme la veille elle était le siége d'une douleur insupportable. (Sinapismes autour des membres supérieurs et inférieurs; un vésicatoire sur le milieu de la poitrine; à l'intérieur, mêmes moyens.)

La mort eut lieu le neuvième jour de la maladie, et trois jours après la disparition du rhumatisme. La malade conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le péricarde considérablement distendu, renfermait une grande quantité de sérosité rougeâtre et trouble: la membrane séreuse, dans sa portion qui tapisse la surface interne de l'enveloppe fibreuse, était d'un rouge foncé, et recouverte d'une couche de lymphe. Tous les autres organes sans exception étaient sains.

Les observations de péricardite sont assez nombreuses, mais il n'en existe pas beaucoup qui soient décrites avec la précision que réclame impérieusement le diagnostic d'une maladie aussi grave que l'inflammation du péricarde. La maladie qui fait l'objet des deux observations qu'on vient de lire, mérite réellement le surnom de *rhumatismale*, parce qu'il existe évidemment une relation intime entre son invasion et la disparition du rhumatisme articulaire. La maladie semble en quelque sorte se transporter toute entière sur le péricarde, ou au moins agir comme cause prochaine de la péricardite.

Comme signes caractéristiques de l'inflammation du péri-

carde, nous trouvons dans les deux cas précédens une douleur à la région précordiale, s'étendant chez la seconde malade jusqu'à la mamelle gauche; la dyspnée, la matité du son, et l'absence du bruit respiratoire dans ce point, tandis que dans tout le reste de la poitrine l'auscultation et la percussion donnèrent des résultats normaux; l'irrégularité et l'inégalité des battemens du cœur et des artères. On observa en outre, chez le premier malade, une saillie remarquable de la région précordiale. Le docteur Louis a le premier appelé l'attention sur ce symptôme, et l'a considéré comme un signe pathognomonique de la péricardite (1). Cependant, ce symptôme, qui manquait chez la deuxième malade, ne paraît pas être constant. J'en dirai autant du bruit de cuir neuf, indiqué par Colin.

Je pense qu'on aurait tort de vouloir fonder la certitude du diagnostic d'une maladie sur la présence d'un seul symptôme. L'idiosyncrasie, l'âge, et mille autres circonstances, peuvent être cause de l'absence d'un symptôme important, et faire ressortir d'autres symptômes qui seraient moins saillans sous l'influence d'autres circonstances. On peut citer, comme un autre exemple de l'inconstance des symptômes qui ont été considérés comme caractéristiques de certaines maladies, l'absence de toux dans la pneumonie des enfans, qui, par cela même, ne peut être reconnue qu'à l'aide du stéthoscope et de la percussion.

Le pronostic de la péricardite rhumatismale est extrêmement grave à cause de l'intensité et de la marche rapide de l'inflammation. Rien de plus difficile que de rappeler la maladie à son siége primitif. Malgré le peu de succès qui a

(1) La forme de la phrase allemande semble attribuer à M. Louis plus qu'il n'a dit réellement; voici la phrase de ce médecin : «..... La saillie des côtes à la région précordiale est une des circonstances les plus remarquables de cette observation ; car si l'on venait à la retrouver dans d'autres cas analogues, ce serait assurément un des symptômes les plus précieux de l'affection qui nous occupe.» (*Note du Trad.*)

suivi l'emploi du traitement antiphlogistique et révulsif, dans les cas précédens, je regarde néanmoins ces moyens comme les seuls sur lesquels on puisse fonder quelque espoir.

De la présentation transversale de la tête au détroit inférieur ; par W^m.-F. MONTGOMERRY, *professeur d'accouchement à Dublin, etc.* (1).

J'ai insisté fortement dans un autre travail (2) sur la nécessité pour l'accoucheur de connaître parfaitement le mécanisme du travail de l'enfantement et surtout les rapports des différentes régions de la tête de l'enfant avec les diverses parties du bassin pendant l'accouchement naturel. A l'aide de ces connaissances, il pourra rectifier certaines déviations par des moyens à la fois simples et efficaces, et éviter dans beaucoup de cas l'emploi des instrumens, qui, bien que dirigés avec habileté, exposent toujours la mère et l'enfant à quelque danger, et déterminent trop souvent des accidens extrêmement graves. Les considérations qui suivent viennent à l'appui de ce principe.

Il n'est guères de médecins livrés à la pratique des accouchemens qui n'aient rencontré quelquefois des cas dans lesquels, bien que tout semblât prendre un aspect favorable, et bien que le travail marchât en apparence rapidement vers une heureuse terminaison, la tête devenait tout-à-coup stationnaire dans la *cavité du bassin*, et y demeurait plusieurs heures ou même assez longtemps pour qu'on fût obligé de terminer promptement l'accouchement ; et cela, lorsqu'il n'existait en réalité aucun défaut d'espace qui pût s'opposer à son libre passage. La cause de cette sorte d'arrêt dans la marche du travail ne me paraît pas

(1) *Dublin Journal*, n.° 17.
(2) *Ibid.* n.° 13.

généralement comprise ; elle est due à une espèce particulière de déplacement que je désigne dans mes leçons sous le nom de *malposition transversale*. (*Transverse malposition*).

Lorsque l'accouchement s'opère le plus régulièrement possible, la tête s'engage dans le bassin, ayant son axe le plus long en rapport avec l'un des diamètres obliques de cette cavité, et le menton en contact avec la poitrine jusqu'à ce que le vertex soit descendu assez bas pour appuyer sur les parties molles qui forment le plancher du bassin. Alors l'occiput se dirige vers l'arcade du pubis et la face s'enfonce dans l'excavation du sacrum ; puis le menton s'éloigne de la poitrine, et l'occiput se dégageant de dessous le pubis, la tête sort en tournant sous la paroi antérieure du bassin, comme sur un pivot. De cette manière, la tête passe à travers la cavité ossense et inextensible du bassin dans une position telle qu'elle occupe le moins d'espace possible ; et l'éloignement du menton de la poitrine, qui fait occuper plus d'espace à la tête, ne s'opère que quand celle-ci, dégagée du bassin, n'est plus resserrée dans des limites étroites. Mais il arrive quelquefois que cette disposition favorable est troublée, et que la tête est complètement arrêtée par la déviation suivante : La tête étant entrée dans la cavité pelvienne dans la position indiquée tout-à-l'heure, l'occiput, au lieu de se tourner en avant vers le pubis, se porte vers l'ischion, et la face, au lieu de se retirer vers le sacrum, se place dans l'espace compris entre l'épine de l'ischium du côté opposé et la tubérosité du même os, le menton s'étant éloigné de la poitrine. La tête est placée, par rapport au détroit qu'elle doit franchir, de la manière la plus défavorable, puisqu'elle lui présente ses plus grandes dimensions, son plus grand diamètre appuyant de chaque côté sur les tubérosités de l'ischium, tandis qu'en même temps le pariétal appuie sur la partie inférieure du sacrum et sur le coccyx. Ainsi, la tête est dans la même condition qu'une boule qui

serait soutenue par trois points presque équi-distans, solides et immobiles. Dans un tel état de choses, l'action de l'utérus, bien que très-énergique, semble tout-à-fait insuffisante, soit pour changer les rapports vicieusement établis, ou pour effectuer la délivrance tant que ces rapports existent. Si l'on explore l'état des parties par le toucher, le doigt passe facilement entre la tête du fœtus et le pubis, ainsi qu'en arrière, excepté au point correspondant à l'extrémité du sacrum. Mais dans ce point et au niveau des tubérosités de l'ischium, on sent la tête étroitement enclavée; la fontanelle antérieure occupe le centre de la partie qui se présente, et la suture sagittale est exactement transversale par rapport au détroit inférieur. Les faits rapportés ci-dessous feront voir jusqu'à quel point et combien de temps cette position vicieuse résiste aux efforts les plus énergiques de la matrice, et avec quelle facilité on peut la rectifier. On verra aussi que cet obstacle, survenant à une époque où l'on attend de moment en moment la fin du travail, est d'autant plus embarrassant que des couches antécédentes ou l'exploration des parties ne permettent point de doute que le bassin ne soit suffisamment large, puisque l'on peut sans difficulté élever la tête du fœtus, qui retombe immédiatement dans sa position vicieuse, et y reste jusqu'à ce qu'on lui imprime la modification indispensable. Il faut agir de la manière suivante : on applique deux doigts dans le point d'union du pariétal avec le frontal, en avant; puis, *dans l'absence de la douleur*, on presse de bas en haut sur le front, et on le pousse en arrière vers le sacrum; on le retient dans cette position jusqu'à la prochaine douleur, qui ordinairement complète la rectification; ensuite l'accouchement se termine promptement. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si, pendant la descente de la tête, on observait une tendance vers cette position vicieuse, il faudrait s'y opposer en mettant en usage sur-le-champ le procédé qui vient d'être décrit; cette pratique m'a réussi dans quelques cas.

Obs. Ire. — Le mercredi, 15 juillet 1829, je fus appelé en consultation avec les Drs Gregory et Carter. Le travail de l'enfantement avait commencé le lundi soir, et avait marché rapidement dans la journée du mardi. A six heures après midi, le périnée était distendu, et la tête semblait sur le point de franchir la vulve; cependant elle resta dans cette situation jusqu'à neuf heures du matin, le mercredi, époque à laquelle je vis la malade. L'utérus n'avait pas cessé d'agir avec énergie, et les parties molles étaient parfaitement dilatées. La malade était à son second accouchement; elle était jeune, bien portante et bien conformée; dix-huit mois auparavant elle avait mis au monde, après un travail facile de cinq ou six heures, un enfant à terme, bien développé. En touchant cette femme, je trouvai que la tête appuyait sur le périnée; je passais facilement mon doigt entre elle et la symphyse du pubis, mais de chaque côté il n'y avait aucun espace libre; la fontanelle antérieure se présentait à la partie centrale du détroit inférieur; la suture sagittale était parallèle au diamètre transversal de ce détroit, et l'occiput était tourné vers l'ischium du côté gauche; l'utérus se contractait avec force, mais ce qu'il produisait, c'était un léger abaissement de la tête qui, après la cessation de chaque douleur, reprenait aussitôt sa position. Je plaçai alors deux doigts sur le côté du front, je l'élevai et le poussai en arrière, vers la symphyse sacro-iliaque, dans l'intervalle de deux douleurs, et je le maintins dans cette position; au moment de la prochaine contraction, je renouvelai la pression d'avant en arrière; alors le front glissa dans la place qu'il doit occuper, le vertex se tourna en avant vers l'arcade des pubis, et *en deux minutes environ*, l'accouchement fut terminé par la naissance d'un enfant bien portant.

Obs. IIe Le 14 janvier 1834, je fus appelé par M. Dunlop, pour un accouchement qui durait depuis longtemps, et où la violence des contractions lui faisait craindre une rupture de l'utérus, si la tête n'était promptement dégagée;

la femme était à son cinquième accouchement, les quatre premiers avaient été prompts et heureux. Cette fois, le travail avait commencé la veille au soir, les douleurs avaient été modérées pendant la nuit, mais vers le matin elles étaient devenues plus énergiques, et à sept heures et demie la tête appuyait sur le périnée, au point qu'on attendait à tout moment sa sortie, mais elle était restée là sans faire le moindre progrès. Lorsque j'arrivai à onze heures et demie, bien que l'utérus, pendant les quatre heures intermédiaires, se fût contracté au point de faire craindre avec raison une rupture, le périnée était saillant; les parties molles étaient souples et dilatées; la tête était dirigée transversalement au détroit inférieur; l'occiput appuyait contre la tubérosité de l'ischium droit, et le front contre celle du côté gauche; la tête était probablement descendue en seconde position. Il y avait beaucoup d'espace entre elle et le pubis, et *l'on pouvait facilement l'élever dans la cavité du bassin*; mais la douleur suivante la replaçait à l'instant même dans sa position vicieuse, et une fois là, les contractions utérines n'avaient plus aucun effet sur elle. Je pratiquai immédiatement la même manœuvre que dans le cas précédent; je soulevai le front et le poussai vers le sacrum; sous l'influence d'une contraction utérine, il prit presque instantanément une position convenable, et *la contraction, qui eut lieu immédiatement après, opéra l'expulsion de la tête;* le tronc suivit aussitôt, et *en moins de deux minutes*, à partir du moment de cette modification, le travail fut terminé. L'enfant était vivant et robuste.

Il est à remarquer que ces femmes avaient déjà eu des enfans sans difficulté, et qu'il était facile de reconnaître que leur bassin était suffisamment large pour l'accouchement, ce qui a été vérifié par le fait; et cependant l'obstacle qui résultait de la position vicieuse de la tête fut tel qu'il résista dans un cas quinze heures, et dans l'autre quatre heures, aux contractions de l'utérus, qui furent assez fortes pour

expulser le fœtus à l'instant même où la position de la tête fut modifiée.

Je ne puis offrir aucune explication satisfaisante quant à la cause de cette position vicieuse, et il me semble que ceci est peu important. L'opinion de Levret, qui pensait que de tels vices de position dépendent du lieu d'insertion du placenta, est si peu appuyée sur les faits et si imaginaire qu'il n'est pas nécessaire de la prendre en considération. Il n'est pas plus satisfaisant de les expliquer par la direction ou l'action oblique de l'utérus. Rœderer attribue des déviations analogues à la direction vicieuse des épaules, qu'il suppose alors placées transversalement au petit diamètre du bassin. Qu'il en soit ainsi quelquefois, ce n'est point improbable; mais dans le cas particulier qui nous occupe, cette explication n'est pas admissible, car il est extrêmement facile de changer la position de la tête du fœtus sans agir sur son corps. Toutefois ce qui est certain, c'est que, quand cette position vicieuse a lieu, le menton du fœtus s'est écarté de sa poitrine; le front est descendu aussi bas que l'occiput, et il est indispensable de le relever. Tant que la position transversale persiste, les efforts naturels sont insuffisans, le forceps ne remplit point le but, et la version est en dehors de la question, de sorte que, si la difficulté n'est pas bien comprise, on sera obligé de recourir à la céphalotomie. Il semble très-raisonnable de croire qu'une saillie ou courbure anormale de l'épine de l'ischium pourrait déterminer cet accident. En effet, dans ce cas, le front ne pouvant glisser en arrière, et étant toujours poussé par les contractions utérines, doit être nécessairement poussé en bas dans la position vicieuse indiquée; et l'occiput doit, par conséquent, prendre une position correspondante de l'autre côté du détroit.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. CHASSAIGNAC, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 8.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois de Janvier 1835.)

Anomalie de l'artère radiale. — Anomalie musculaire. — Oblitération de l'artère pulmonaire. — Communication anormale des deux ventricules du cœur. — Anomalies des uretères et du rein. — Caractères chimiques de la carie et de la nécrose. — Altérations anatomiques des articulations dans le rhumatisme aigu. — Fausse membrane dans l'articulation du coude dans un cas de tumeur blanche. — Nécrose de l'ischion. — Raccourcissement du membre dans la coxalgie. — Injection sanguine sous-synoviale. — Granulations articulaires. — Tumeur cancéreuse de l'os coxal. — Hypertrophie des os qui constituent l'articulation coxo-fémorale. — Tumeurs encéphaloïdes très-volumineuses dans le poumon et dans la plèvre. — Ossification des artères du cœur. — Trois cas d'oblitération des artères des membres abdominaux. — Pus dans les vaisseaux lymphatiques. — Rupture d'un anévrysme de l'artère ventrale. — Corps d'aspect polypiforme dans l'estomac. — Perforation de l'intestin grêle obturée par un tampon épiploïque. — Altération particulière du rein dans la maladie de Bright. — Concrétion d'un aspect particulier dans la rate. — Péritonite chronique. — Foie cloisonné. — Ulcération syphilitique de l'intestin grêle. — Renversement des tuniques du rectum. — Gangrène de la prostate et calculs prostatiques.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Bonamy présente une *anomalie de l'artère radiale.* Vers le tiers inférieur de l'avant-bras, on voit naître une branche qui descend verticalement dans le premier espace inter-osseux, après s'être contournée obliquement en dehors sur le radius. Pénétrant ensuite dans le premier espace, cette branche s'anastomosait avec une

branche satellite du nerf médian. — La branche qui continuait le trajet de la radiale fournissait la dorsale du carpe, et se perdait sur le dos de la main en passant sous les tendons des muscles radiaux. La branche, ordinairement petite, qui est satellite du nerf médian, présentait un volume considérable, et venait former l'arcade palmaire superficielle.

M. Depaul présente une *anomalie musculaire*, consistant dans l'existence de deux faisceaux charnus, qui, de l'aponévrose supérieure des muscles droits de l'abdomen, s'étendaient jusqu'à l'extrémité inférieure des deux muscles sterno-mastoïdiens. Cette anomalie, dont la Société possède déjà plusieurs exemples, se distingue des autres par la très-grande régularité des faisceaux charnus qui avaient la même longueur, le même point de départ et la même terminaison; en outre, ces deux faisceaux musculaires s'entrecroisaient au moment de se terminer, en sorte que celui du côté droit se continuait avec le sterno-mastoïdien gauche et *vice versa*.

M. Lediberder présente une *organisation anormale du cœur* avec oblitération de l'artère pulmonaire à sa naissance, et absence du canal artériel. Cette pièce a été recueillie sur un enfant de sexe masculin, âgé de 12 jours, et qui fut apporté à l'infirmerie pour un endurcissement du tissu cellulaire: la peau était rouge, tendue, violacée, présentant sous la pression du doigt une légère dépression qui s'effaçait rapidement. Articulations raides; pouls imperceptible dans les membres indurés; matité du thorax à la percussion; rien d'anormal dans les battemens du cœur. — A l'autopsie on trouve les poumons hépatisés, le droit, dans sa moitié postérieure, le gauche, dans son tiers postérieur seulement et à un moindre degré. Le cœur, remarquable par sa largeur, principalement à la pointe, qui, au lieu de présenter une forme conique, se rapproche d'une forme carrée; les ventricules, égaux en capacité; ont les parois d'une égale épaisseur; la cloison interventriculaire offre une lacune à sa partie supérieure, où elle se termine par un bord mousse concave, de telle sorte qu'à la partie supérieure les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité, du milieu de laquelle s'élève l'aorte garnie de ses valvules, ayant une capacité plus considérable que d'habitude. En avant, un peu à droite de l'aorte, on voit l'artère pulmonaire qui lui est accolée et qui présente un calibre moitié moindre que celui de l'aorte; elle se termine du côté du ventricule droit par un cul de sac qui intercepte toute communication avec la cavité de ce ventricule; le ventricule, de son côté, n'offre aucun vestige d'ouverture. Après un trajet d'environ huit lignes, l'artère pulmonaire fournit ses branches aux poumons et présente en cet endroit une ouverture communiquant directement avec l'aorte et remplaçant le canal artériel. Ce trou, plus évasé du côté de l'aorte que du

côté de l'artère pulmonaire, offre à peu près une demi-ligne de diamètre. Sur la paroi postérieure de l'aorte se voit la cloison des oreillettes, sur laquelle on remarque le trou de Botal, dont les valvules sont assez développées pour isoler complètement les deux cavités auriculaires. — Voici donc, d'après ces dispositions anatomiques, quelle devait être la marche du sang : versé par l'une et l'autre oreillettes dans la cavité des deux ventricules, il était ensuite chassé à travers l'aorte; là, il se divisait en deux colonnes, l'une qui s'écoulait à travers les divisions normales de ce vaisseau, l'autre qui s'engageait dans l'artère pulmonaire et dans la subdivision de cette artère, à travers le trou que nous avons vu remplacer le canal artériel.

M. Lediberder présente un exemple *d'uretère* naissant du rein par une *double origine* et constituant ensuite un *seul canal*; un autre exemple d'uretère double, naissant d'un même rein, et s'ouvrant dans la vessie par deux ouvertures isolées.

M. Boinet présente l'*anomalie* suivante dans la disposition du *rein* : le rein droit, d'un volume très-petit, est situé en travers sur la ligne médiane dans le petit bassin, derrière la vessie, devant le rectum, à la place accoutumée de la matrice. Ce rein n'a pas de capsule surrénale, il reçoit son artère de la bifurcation de l'aorte abdominale, de façon que la sacrée moyenne est transformée en artère rénale; celle-ci est mince et longue, vu la disposition de l'aorte, qui se divise en iliaques, vis-à-vis la seconde vertèbre lombaire; l'uretère est très court; le rein gauche, muni de sa capsule, ne présente rien d'extraordinaire, sauf son volume qui est beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. La matrice, d'une forme alongée, cylindrique, est située tout-à-fait à gauche, dans le petit bassin, derrière le ligament de Fallope. Ses ligamens, du côté droit, ont une longueur considérable, passent, en s'élargissant, entre la veine et le rein; l'ovaire et son ligament du côté droit pénètrent dans le canal inguinal qu'ils traversent, et donnent lieu à une hernie dont la forme et la situation sont telles qu'avant l'ouverture de l'abdomen les uns prétendaient qu'elle était inguinale, les autres qu'elle était crurale, question qui fut bientôt jugée par l'opération. Le sac étant mis à nu et découvert avec toutes précautions qu'on aurait prises sur le vivant, on reconnaît que la hernie est formée par l'ovaire.

M. Mouret a lu à la Société un travail sur les *caractères chimiques de la carie et de la nécrose*. Voici à quelles conclusions M. Mouret a été conduit par ses recherches. — 1°. La matière grasse, indiquée par plusieurs auteurs, existe toujours dans la carie fraîche; son odeur est tellement prononcée, qu'elle pourrait presque servir à la caractériser.

2°. Les os cariés ne sont point privés de leur gélatine : les principes constituans de la partie restante de l'os sont dans les proportions de l'état sain.

3°. Il est impossible de distinguer chimiquement la carie de la nécrose par les caractères qui ont été indiqués.

4°. Des causes d'erreur peuvent être facilement commises dans l'analyse des os quand l'acide hydro-chlorique qu'on emploie n'est pas suffisamment affaibli.

5°. Les os des scorbutiques sont, sinon toujours, du moins quelquesfois, transformés presque entièrement en une matière grasse, ayant l'aspect de ce qu'on appelle matière tuberculeuse.

M. Tessier, chargé de faire un rapport sur le travail dont nous venons d'exposer les résultats, a conclu que M. Mouret fût invité à faire de nouvelles recherches à ce sujet et a fait lui-même à cette occasion les remarques suivantes. — 1°. M. Mouret n'a pas indiqué les caractères physiques des os qu'il a analysés.

2°. M. Tessier, ayant recueilli les parcelles osseuses qui étaient déposées sur les parois d'un abcès symptomatique d'une carie vertébrale, a pu constater une diminution notable de la matière organique, sans cependant donner les proportions exactes.

3°. Du reste, avant d'appliquer la chimie à l'étude des maladies des os, il est indispensable d'analyser le tissu osseux naturel dans les os longs, courts et plats, ainsi qu'aux différens âges. Or, cette analyse devait comprendre, non-seulement la trame organique et son incrustation, mais encore le sang, la graisse et les autres parties constituantes de l'os qui peut devenir malade. Tant qu'on se bornera à la connaissance chimique des os macérés et desséchés, on ne fera que des travaux incomplets, quel que soit d'ailleurs leur mérite sous le rapport de l'analyse.

M. Pigeaux présente l'*articulation fémoro-tibiale* d'un individu qui a succombé à un *rhumatisme articulaire aigu*. Il y a destruction du cartilage d'encroûtement sur la moitié externe de la surface articulaire de la rotule. Au pourtour de l'excavation que présente la rotule dans ce lieu, on trouve des lambeaux membraneux qui se continuent sans ligne de démarcation avec le cartilage. Celui-ci, dans la partie de son étendue qui est conservée, présente çà et là des espaces ramollis et rouges, se laissant déprimer et coucher à la manière d'un velours serré; ces espaces ramollis pénètrent en partant de la surface synoviale à une profondeur d'à-peu-près une ligne dans l'épaisseur du cartilage qui reprend au-delà son caractère normal.

M. Nélaton présente à la Société une lame membraneuse, vasculaire, de nature celluleuse en apparence, et qu'il a trouvée sur la cupule cartilagineuse de l'extrémité supérieure du radius, dans une

articulation du coude atteinte de *tumeur blanche* et recueillie sur un enfant de 10 ans. Cette petite lame membraneuse occupe le centre de la cupule, elle se termine en s'amincissant à la surface du cartilage et ne peut être suivie jusqu'au relief que forme le pourtour de la surface cartilagineuse. Sur l'olécrâne du même sujet existait une infiltration de matière tuberculeuse dans le tissu osseux. Depuis l'époque à laquelle l'autopsie a été faite, la matière tuberculeuse s'est écoulée et a laissé une substance osseuse, spongieuse, aréolaire, à vacuoles très-prononcées, et que l'on pourrait comparer à un morceau de sucre en fusion au sein d'un liquide.

M. Nélaton présente la cavité cotyloïde et la tête du fémur d'un enfant qui avait offert plusieurs des symptômes de la *coxalgie*, et entre autres un raccourcissement du membre pelvien.

A l'autopsie, on a trouvé une nécrose de l'ischion, et le fémur de ce côté, mesuré comparativement avec celui du côté opposé, présentait trois lignes de moins en longueur.

M. Nélaton présente une *tumeur blanche de l'articulation fémorale*; une partie de la cavité cotyloïde était occupée par une matière molle, de couleur jaune-pâle, ayant l'aspect d'une pâte à demi-consistante, ne paraissant pas organisée, facile à détacher du fond de la cavité cotyloïde.

En quelque point qu'on examinât la capsule, hormis sur les cartilages, son réseau vasculaire sous-séreux était fortement injecté. Des granulations blanchâtres existaient dans quelques parties. M. Nélaton les considère comme analogues aux granulations que présente le péritoine dans certaines péritonites.

M. Mercier lit une observation ayant pour objet deux *tumeurs* considérables qui se sont développées, l'une à la face interne, l'autre à la face externe *de l'os coxal* gauche. La tumeur intérieure, la seule qui ait été examinée dans cette séance, présente un caractère difficile à déterminer; elle est creusée de cellules, dans l'intérieur desquelles existait un liquide de consistance oléagineuse ou sirupeuse, d'une couleur de bistre-claire; le tissu qui forme les parois des cellules et qui constitue la charpente de cette tumeur, ne présente l'aspect ni du squirrhe ni de l'encéphaloïde; dans quelques points il a de l'analogie avec la substance que renferment dans leur centre les disques intervertébraux; il est friable et s'écrase facilement sous les doigts. Le point de départ de cette tumeur paraît siéger dans le tissu osseux; on voit, en effet, que la tumeur a été arrachée du centre de la fosse iliaque, non par un simple décollement, mais par déchirure d'une substance identifiée avec la substance altérée de l'os. En outre, la substance de l'os coxal fait chaton autour de la base de la tumeur, comme si la lame compacte, éclatant sous l'effort

de la tumeur et se renversant, eût entouré sa base à la manière d'un anneau.

M. Andral présente l'*articulation coxo-fémorale* d'un sujet qui avait été destiné aux préparations de la Faculté, et sur lequel il ne possède aucun renseignement antérieur. Cette articulation présente les dispositions suivantes : la *tête du fémur* a un *volume à-peu-près double* de celui qu'elle offre dans l'état naturel ; elle a, du reste, conservé une forme parfaitement arrondie ; malgré cet accroissement considérable de volume, elle est toute entière contenue dans la cavité cotyloïde qui a présenté un accroissement rigoureusement proportionnel à celui de la tête du fémur. Il y a même un emboîtement plus complet que dans l'état ordinaire et même une sorte d'incarcération de la tête de l'os dans sa cavité, par suite de l'ossification avec hypertrophie du bourrelet fibreux qui couronne le pourtour de la cavité.

La matière osseuse qui a donné à la tête du fémur les dimensions considérables qu'elle présente, a débordé sur les côtés le col du fémur, en sorte qu'il existe une rigole circulaire profonde comprise entre le col et la base de la tête du fémur. M. Cruveilhier fait remarquer que ce reflux de la matière osseuse au pourtour du col doit être bien distingué de la formation d'une couche qui aurait engaîné toute la tête du fémur et une portion du col.

Il n'existe sur cette pièce aucun vestige du ligament rond.

Les cartilages d'encroûtement sont inégaux ; ils sont remplacés dans quelques points, et notamment dans l'hémisphère supérieure de la tête, par une couche de matière éburnée.

Tout le tissu fibreux environnant l'articulation est très-épais et très-condensé. Du petit trochanter s'élève une jetée osseuse de forme arrondie, ayant le volume du pouce, et qui venait s'articuler d'une manière mobile avec l'épine iliaque antérieure inférieure, beaucoup plus saillante que de coutume. Ce prolongement osseux n'existait que d'un seul côté.

M. Charcelay montre une *tumeur encéphaloïde* située à la partie inférieure du *poumon gauche*. — Cette tumeur avait d'abord paru siéger à la surface extérieure de la base du poumon, entre cette base et le diaphragme, et par conséquent dans la cavité de la plèvre. Mais, sur la remarque que fit M. Charcelay que, dans quelques points qu'on examinât cette tumeur elle offrait partout une couche membraneuse très-mince, colorée en bleu, et présentant les mêmes marbrures bleuâtres que la surface extérieure d'un poumon, on a reconnu définitivement que cette tumeur s'était développée, non dans l'intérieur de la plèvre, mais dans l'épaisseur même du tissu pulmonaire, qu'elle l'avait ensuite tellement distendu que ce tissu, réduit à une couche excessivement mince, était devenu presque méconnaissable.

Dans le poumon du côté gauche existait une apoplexie pulmonaire considérable.

M. Hache présente aussi une *tumeur encéphaloïde* qui lui a paru s'être développée dans la cavité de la *plèvre* droite. Cette tumeur a le volume de la tête d'une adulte; elle avait refoulé le cœur à gauche, aussi les battemens de ce dernier se faisaient-ils sentir très en dehors du mamelon. La diaphragme formait une convexité très-prononcée en bas, par suite de laquelle le foie avait été refoulé jusque dans la fosse iliaque droite. Les vaisseaux de cette tumeur, toute formée de substance encéphaloïde, provenaient, les uns, de la substance même du poumon, ceux-ci formant un pédicule vasculaire très-résistant et assez volumineux qui se perdait dans le corps de la tumeur; les autres naissaient du diaphragme et avaient la même destination. Indépendamment de ces deux ordres de vaisseaux, il existait, à la surface de la tumeur, un conduit veineux ayant le volume du doigt; ce conduit parcourait aussi, dans l'intérieur de la tumeur, un trajet d'une certaine étendue. Suivant M. Hache, il ne paraissait point être une dependance des vaisseaux avoisinant la tumeur, à laquelle il semblait au contraire appartenir exclusivement.

M. Després présente le cœur d'un sujet qui a succombé aux suites d'un *cancer d'estomac*. On remarque une *ossification* complète de toutes les branches un peu considérables de *l'artère coronaire*. Le cœur est recouvert de plaques blanches très-larges placées sous la séreuse. Le sujet n'a offert aucun des symptômes de l'angine de poitrine.

M. Maisonneuve présente un cas *d'oblitération des artères des membres pelviens*, remontant jusqu'à la partie inférieure de l'aorte inclusivement. M. Maisonneuve n'a pu faire aucune recherche tendant à établir quel avait été le système de circulation qui remplaçait celui des troncs oblitérés; circonstance d'autant plus regrettable que, 1°. d'une part la longue durée qu'annonçait l'aspect de cette affection ne permet pas de douter qu'un système de circulation supplémentaire ne se fût établi sur une large base; 2°. que, d'une autre part, la hauteur à laquelle remontait l'oblitération et son existence dans tous les troncs principaux, situés au-dessous de l'extrémité inférieure de l'aorte, ne permet point de croire à l'existence d'une circulation collatérale, semblable à celle qui s'établit dans les cas d'oblitérations partielles plus ou moins étendues des artères du membre abdominal.

La malade n'a présenté d'autres traces de gangrène qu'une plaque de la largeur d'une pièce d'un franc, au milieu de l'articulation du gros orteil. — Elle portait un cancer à l'estomac.

M. Reignier présente aussi une *oblitération étendue des artères du membre abdominal*. Mais ici l'oblitération était beaucoup moins complète et beaucoup moins étendue que dans le cas précédent; car

au-dessous d'artères oblitérées on trouvait des troncs entièrement perméables et libres; beaucoup moins complète, car au milieu de quelques-uns on trouvait un conduit central qui établissait la canalisation des caillots.

M. Cazalis présente des *altérations d'artères* chez une femme de 79 ans qui succomba à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, avec une gangrène sénile des orteils. Des douleurs vives s'étaient fait sentir dans tout le membre malade. Elles s'exaspérèrent sous l'influence d'applications excitantes, et la malade succomba. Les parois artérielles offraient une rougeur vive. Le tronc de la tibiale antérieure et ses collatérales étaient converties en cordons fibreux; il y avait oblitération de l'iliaque primitive de la crurale; l'aort elle-même présentait des oblitérations partielles; les éperons artériels étaient ossifiés. Parmi les artères oblitérées, les unes présentaient un caillot central, d'autres offraient un caillot tangentiel. Le sang coagulé tapissait les parois du vaisseau; un caillot adhérent à la paroi postérieure de l'aorte lombaire contenait du pus entre deux couches de sang, et d'autres caillots siégeant de même dans l'aorte présentaient à leur surface des traînées purulentes. L'hypogastrique était considérablement épaissie dans ses parois, ainsi que la terminaison de la mésentérique.

M. Pétel communique à la Société l'observation suivante: N...., affecté depuis quelque temps de démence, entra à l'hôpital Beaujon pour une *escharre gangréneuse au talon gauche*. Le 11 juillet 1834, on remarqua autour de cette escharre une rougeur érysipélateuse qui le lendemain matin s'était beaucoup étendue: des traînées rouges, semblables à celles qu'on voit sur le trajet d'une veine enflammée, prenaient naissance au centre même de l'érysipèle, et montaient delà en divergeant tout le long de la partie interne de la jambe, en arrière et en dedans du genou, jusqu'au milieu de la cuisse. Au-dessous de ces traînées rouges, on sentait comme de petites cordes tendues. Les ganglions de l'aine étaient douloureux, un peu tuméfiés. Le malade était dans un état de prostration extrême; il succomba le 14 dans la matinée.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort. L'épiderme ôtant enlevé dans toute la partie qu'occupait l'érysipèle, laisse à nu le derme qui est pâle. Nulle trace de rougeur sur toute la jambe. Vers le tiers moyen de la jambe et à sa partie interne, on trouve les vaisseaux lymphatiques dans l'état suivant: deux branches ayant à-peu-près deux tiers de ligne de diamètre, se réunissent pour former un tronc commun long d'un pouce environ, qui se divise en deux autres branches semblables aux deux premières, seulement elles ont 2 pouces de longueur, tandis que les premières ont un peu moins. Dans toute cette étendue, les lymphatiques présentent une couleur jaune-

verdâtre, opaque. En les piquant avec une lancette, celle-ci se charge d'une partie du pus renfermé dans la cavité. La continuité de ces vaisseaux en bas et en haut n'offre rien de remarquable. Dans l'aine, un ganglion plus gros qu'une amande, mou à sa circonférence, dur et rouge à son centre, reçoit une branche volumineuse renfermant un liquide blanchâtre. Les autres ganglions étaient peu volumineux, durs, rouges. Aucun ne contenait du pus. Rien dans les lymphatiques profonds de la cuisse, ni dans le canal thoracique. Dans le grand cul-de-sac de l'estomac, la membrane muqueuse présentait des arborisations brunâtres dans toute l'étendue de l'organe, elle se laisse déchirer facilement avec l'ongle. Tube digestif sain. La substance du rein gauche était ramollie à son bord externe. La rate était toute réduite en un liquide semblable à de la lie-de-vin. Le poumon droit était engorgé à la partie postérieure; l'autre, sain. Le cœur, pressé entre les doigts, se réduisait en une pulpe noirâtre. Ses cavités étaient dilatées; ses parois amincies. L'arachnoïde était épaissie, opaque; les vaisseaux sous-arachnoïdiens gorgés de sang noir. Les membranes s'enlevaient avec la plus grande facilité. Dans les ventricules de chaque côté se trouvaient quelques cuillerées d'un liquide roussâtre. Rougeur et ramollissement dans l'épaisseur d'une demi-ligne, de la surface inférieure du lobe postérieur.

M. Baillarget présente un cas *d'anévrysme de l'aorte abdominale*, qui s'est rompu dans le tissu celluleux placé derrière le pancréas. L'épanchement sanguin est circonscrit par une membrane celluleuse résistante, que M. Baillarget considère comme étant de nouvelle formation, et représentant celle que l'on rencontre dans l'arachnoïde à la suite des épanchemens sanguins de la cavité arachnoïdienne. La densité de la membrane qui circonscrivait l'épanchement sanguin abdominal; son organisation très-avancée, comparée au court espace qui a existé entre la mort du malade et les signes de la rupture (il y a eu quatre jours), engagent quelques membres à élever des doutes sur le caractère attribué à cette membrane par M. Baillarget, et les portent à croire que cette enveloppe de l'épanchement n'est autre chose que le tissu cellulaire lâche placé entre le péritoine et l'aorte, lequel aurait été condensé par la pression de l'épanchement.

Voici, du reste, les renseignemens relatifs au sujet sur lequel cet épanchement a été observé :

Le malade, âgé de 34 ans, était entré comme infirmier à la maison de Charenton. Il fut forcé, au bout de quinze jours, de suspendre son service à cause de douleurs très-vives qu'il éprouvait dans le dos. Il accusa alors des battemens à l'épigastre. On trouva, en effet, au-dessous des fausses côtes, une tumeur du volume du poing, mal circonscrite, et agitée de battemens très-forts, isochrônes à ceux du pouls.

Les battemens se faisaient encore sentir sous les quatre ou cinq dernières fausses côtes et dans toute la région épigastrique. Le malade raconta alors que les douleurs remontaient à plus d'une année ; que les battemens et la tumeur étaient survenus d'une manière graduelle, ainsi que la perte d'appétit, les mauvaises digestions, la pâleur et l'amaigrissement.

Le 12 novembre, il crut sentir quelque chose se rompre dans le ventre, puis il éprouva une sensation de chaleur dans la même région, des défaillances et des douleurs vives dans le dos et dans l'abdomen, et une impossibilité presque complète des mouvemens. Le 13, à cinq heures du matin, nouvelle sensation de rupture suivie de chaleur; plus tard engourdissement dans les jambes, pâleur extrême de la face, pouls insensible, défaillances dès qu'il essaie de soulever la tête. La tumeur, située au-dessous des fausses-côtes est en partie affaissée, mais l'épigastre est dur et tendu ; les battemens continuent, et on entend, en appliquant l'oreille, un bruit de grosses bulles qui se crèvent une à une en produisant un son tout-à-fait métallique. Ce bruit cessait par intervalles. La mort n'arriva que le soir. Jusqu'au dernier moment le malade se plaignit de douleurs vives dans le dos et dans le ventre ; le pouls avait cessé de se faire sentir dès le matin.

A l'autopsie, on a trouvé entre les piliers du diaphragme une poche anévrysmale de quatre à cinq pouces de diamètre dans tous les sens, rompue en avant. Le sang s'était épanché à gauche en décollant le péritoine. Un caillot pesant plusieurs livres, entouré d'une membrane assez dense, enveloppait de tous côtés le rein gauche ; mais ce qui nous a semblé mériter plus particulièrement d'être remarqué, c'était la présence du sang entre les feuillets du mésentère jusqu'aux intestins. On a jugé, à la consistance et à l'aspect du caillot, que le sang pouvait être épanché depuis quatre à cinq jours. Le ventricule gauche du cœur était un peu hypertrophié.

Deux choses sont à remarquer dans ce fait : d'abord le mode d'épanchement qui explique comment, malgré la rupture, le malade a pu vivre pendant six jours ; 2.° le bruit perçu par l'auscultation de la tumeur, qui ne pouvait être produit que par des gaz, et dont la présence de l'estomac au-devant de l'anévrysme peut, jusqu'à un certain point, rendre compte.

Chez un sujet qui a succombé à une *péricardite*, M. Reignier a trouvé et montré à la Société un *corps d'aspect polypiforme*, siégeant au niveau de *l'anneau pylorique*, d'une substance rouge, livide, molle, et semblable à un caillot sanguin commençant à s'organiser. La membrane muqueuse enveloppait ce corps et lui formait un pédicule très-étroit.

M. Cruveilhier donne quelques détails sur une *ulcération de l'in-*

testin grêle qui avait détruit toutes les tuniques intestinales, et qui était obturée par un tampon épiploïque. L'épiploon avait en effet contracté de fortes adhérences avec tout le pourtour de l'ulcération, et s'était ainsi substitué à la portion absente de la paroi intestinale.

M. Baillarget présente une concrétion ossiforme du volume d'un pouce cubique, et qui s'est développée dans le tissu de la rate. La substance très-dure qui forme ce noyau a un reflet jaunâtre et une semi-transparence analogue à celle des pierres dans lesquelles prédomine la silice, des pierres à fusil par exemple. La surface extérieure de cette concrétion présente des mamelons inégaux.

Les reins du même sujet contenaient du pus encore infiltré en partie dans le tissu même de l'organe.

M. Guérard présente le péritoine et la plèvre d'un sujet qui a succombé avec des symptômes obscurs de *péritonite*. Le péritoine offre les altérations qui se rencontrent d'ordinaire dans cette lésion à l'état chronique ; mais ce qu'il y a d'assez remarquable dans cette pièce, c'est que la matière de nouvelle formation, l'espèce d'infarctus semblable pour l'aspect à du suif solidifié après fusion, et dont le péritoine était doublé, pénétrait dans la poitrine par l'échancrure antérieure du diaphragme, et se continuait avec une matière analogue de la plèvre.

M. Reignier présente un *foie* remarquable par *l'aspect bosselé* et comme ratatiné de sa surface extérieure. Des sillons fibreux très-solides et coriaces parcouraient la surface du viscère aussi bien que son épaisseur, en sorte qu'il présentait un aspect *cloisonné*.

M. Choisy présente des *ulcérations de l'intestin grêle*, recueillies chez une femme de 30 ans, qui avait eu des *végétations syphilitiques* et des *ulcérations du vagin* ; le col de l'utérus étant devenu fongueux, on en avait fait l'amputation qui fut suivie d'une cicatrisation complète. Mais plus tard, de nouvelles ulcérations se formèrent à la face interne de l'utérus, et la femme succomba. Les ulcérations intestinales, comparées à celles de la face interne de l'utérus, offrent, avec ces derniers, la plus frappante analogie d'aspect.

M. Nélaton présente un exemple de *renversement des trois tuniques de l'intestin rectum*; il s'est assuré, en faisant pénétrer le doigt dans la duplicature circulaire que forment les tuniques autour de l'ouverture intestinale, que le péritoine descendait jusque dans son fond et participait au renversement. Cette pièce n'a pas été divisée.

Je remarquerai à ce sujet, qu'il y a inexatitude à dire qu'il y a renversement des trois tuniques ; la péritonéale en effet peut bien descendre, mais se renverser, cela n'est pas possible.

M. Taupin fait remettre en son nom les *reins* d'un enfant qui a présenté tous les caractères de la *maladie de Bright*; la substance corticale est d'un gris pâle, comme atrophiée ; la substance tubuleuse

est au contraire d'un rouge vif. M. Chassaignac fait remarquer à la surface extérieure du rein quelques taches, au niveau desquelles la surface de la substance corticale est légèrement déprimée et présente une injection très-manifeste; au-dessous du réseau vasculaire qui forme la tache, on trouve un tissu cellulaire condensé, d'un quart de ligne d'épaisseur; ces taches vasculaires et accompagnées de dépression paraissent correspondre à la base des cônes de la substance tubuleuse; ils présentent l'aspect d'une cicatrice.

M. Larcher présente la *vessie et la prostate* d'un homme qui vint à l'hôpital de la Charité, demandant à être sondé. L'abdomen ayant été exploré, et les personnes auxquelles s'adressa ce malade ayant cru reconnaître que la distension de l'abdomen, qui existait chez cet homme, tenait à la présence de gaz, à cause de la sonoréité du ventre pendant la percussion, on refusa de pratiquer le cathétérisme. Plus tard, cette opération ayant été tentée sur de nouvelles instances du malade, la sonde ne put être conduite jusque dans la vessie, son extrémité parut s'arrêter dans une substance molle.

Le malade, sur l'état antérieur duquel M. Larcher n'a pu fournir aucun renseignement, succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva dans la vessie une matière noire, dont la source était dans la prostate, convertie en un foyer gangréneux, au sein duquel existaient plusieurs calculs taillés à facettes et formés de couches superposées.

Tumeur encéphaloïde dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale. Observation recueillie par M. SONNIÉ MORET, *interne des hôpitaux.*

Henriette Morel, ouvrière, âgée de 34 ans, cheveux châtains, a été menstruée dès l'âge de 12 ans, mais jamais d'une manière régulière. Elle était habituellement constipée, et n'allait guère à la selle que tous les trois ou quatre jours. Mariée à 22 ans, elle eut, un an après, un enfant qui n'a pas vécu. A la suite de son accouchement, elle eut des hémorrhoïdes qu'elle fit disparaître en partie en les touchant avec un onguent. Depuis plusieurs années les règles s'annonçaient par du mal-aise et des douleurs assez fortes qui augmentèrent d'intensité il y a trois mois. Dans le courant de juin dernier, des efforts pour aller à la selle amenèrent la sortie par l'anus, d'une tumeur molle, longue

d'environ deux pouces, que la malade compare à un intestin. Quarante-huit sangsues furent appliquées en deux fois sur cette tumeur, puis elle fut réduite. Les douleurs ont sans cesse augmenté depuis, quoique la tumeur, qui n'était probablement autre chose qu'un paquet d'hémorrhoïdes, entraînant une partie de la muqueuse du rectum, ne se soit pas montrée de nouveau.

Le 16 août, examinant cette malade pour la première fois, je la trouve dans un état d'amaigrissement considérable; le teint est jaunâtre, la respiration suspirieuse; changemens fréquens de situation dans le lit; langue sèche, soif, pas d'appétit, vomissemens de matières bilieuses; douleurs dans les lombes et dans le bassin; l'abdomen n'est point douloureux à la pression, et on n'y sent point de tumeur; ténesmes fréquens. Après beaucoup d'efforts, sortie d'une petite quantité de matières mêlée de glaires. L'émission des urines est également difficile et douloureuse. Le périnée est saillant. Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre à peu de distance sur la paroi postérieure, une tumeur à surface sans inégalités, qui fait une saillie bien plus considérable du côté du rectum, où elle présente également une surface lisse et arrondie. On reconnaît facilement que la tumeur, qui paraît avoir le volume du poingt, a son siége dans la cloison recto-vaginale, et que les parois du rectum et du vagin ne sont nullement altérées. Le toucher, quoique pratiqué avec les plus grandes précautions, est extrêmement douloureux.

Le 25, plaintes continuelles; pas de sommeil; céphalalgie; langue sèche; le bouillon même est pris en dégoût; vomissemens bilieux tous les jours, répétés à plusieurs reprises chaque jour; coliques dans le bas-ventre; abdomen indolent à la pression. Le foie descend au-delà du rebord cartilagineux des côtes; il ne sort par les selles que quelques mucosités transparentes; l'excrétion des urines est toujours difficile et douloureuse. Pas de toux.

Depuis quatre jours, battemens dans la région cardiaque et à l'épigastre, s'étendant au côté gauche du thorax. La tête appliquée au niveau du cœur est soulevée, mais l'oreille ne perçoit qu'un bruit exagéré sans caractère particulier.

L'état de la malade empire chaque jour. Le 31 août elle a du délire pendant la nuit, et pousse des cris continuels. Depuis deux ou trois jours elle rend par les selles une certaine quantité de sang.

Le 1.er septembre au soir, le désordre de l'intelligence est complet; cris par intervalles; les yeux sont largement ouverts et brillans; la parole a repris de la force; le pouls est fréquent, vibrant; la langue très-sèche; la malade dit se trouver beaucoup mieux. Elle meurt à une heure du matin.

Autopsie 33 heures après la mort. — La vessie, presque vide, est déjetée à droite; l'utérus l'est du côté gauche, et son fond dépasse le niveau du pubis. En arrière de ces deux organes on voit les limites supérieures de la tumeur recouvertes d'une membrane facile à déchirer, d'une couleur blanchâtre en avant, noirâtre en arrière, où elle offre près du rectum plusieurs ouvertures par lesquelles on pénètre au milieu d'un tissu ramolli, dont aucune partie au reste n'est épanchée dans le bassin ou dans l'abdomen. Tout-à-fait en arrière, on n'aperçoit du rectum que son extrémité supérieure placée sur la ligne médiane; des matières fécales moulées existent en assez grande quantité dans cet intestin ainsi que dans le colon.

La vessie et le vagin sont sains; le corps de l'utérus ayant un peu plus d'un pouce et demi d'avant en arrière, et deux pouces et demi transversalement, contient dans l'épaisseur d'un tissu sain, du reste, des corps fibreux dont le plus gros est du volume d'une petite noix. Le museau de tanche est effacé; deux petits kystes occupent la place de la lèvre antérieure, et en ont la forme. On voit d'autres kystes plus petits répandus en grand nombre à la face in-

terne du col. La surface interne de l'utérus offre quelques végétations molles et blanchâtres. A l'extérieur le péritoine recouvre cet organe comme à l'ordinaire; seulement il descend moins bas en arrière, et là on voit près de la tumeur quelques fausses membranes de forme irrégulière, et de la couleur des tissus environnans.

Des deux ligamens larges, le droit est beaucoup plus étendu que celui du côté gauche, l'utérus appuyant de ce côté contre les parois du bassin. Les ovaires sont sains; le gauche est embrassé par la trompe; qui, passant derrière lui, adhère par l'extrémité de son pavillon au corps de l'utérus. Le droit est aplati, adhérent à la tumeur par la moitié interne de sa face postérieure, mais sans se confondre aucunement avec elle. Le pavillon de la trompe vient ici se perdre sur l'enveloppe supérieure de la tumeur. La cavité des deux trompes contient une petite quantité d'un liquide blanchâtre peu épais.

Le rectum se moule sur la convexité que forme la face postérieure de la tumeur. Il offre au pourtour de l'anus quelques petites tumeurs hémorrhoïdales; et, à environ cinq pouces de ce point, sa paroi antérieure présente une perforation à bords noirâtres, d'un demi-pouce de diamètre, par laquelle le manche du bistouri pénètre avec la plus grande facilité dans un tissu ramolli. Le reste de cet intestin est parfaitement sain, ainsi que l'S iliaque du colon.

La paroi postérieure de l'utérus (1), du vagin, de l'ovaire droit, et la paroi antérieure du rectum, sont seulement contiguës à la tumeur; elles ont quelques adhérences assez intimes, mais elles ne font nullement corps avec elle.

(1) La paroi postérieure du col de l'utérus ne peut être complètement isolée, mais plusieurs coupes faites en cet endroit, perpendiculairement à la surface de la matrice, montrent que les parois ne sont nullement altérées, et que leur épaisseur y est proportionnelle à celle du reste de l'organe : une légère démarcation parfaitement tranchée forme là les limites du mal.

Le volume de cette tumeur est presqu'égal à celui d'une tête de fœtus à terme ; elle est un peu aplatie d'avant en arrière, d'une surface assez égale, d'une consistance molle. Elle offre dans son intérieur deux substances assez tranchées, l'une occupant le centre, et la partie inférieure plus consistante, d'un jaune-rougeâtre, semblable à la fibrine contenue dans les sacs anévrysmatiques, à la couleur près qui est moins intense, se laissant diviser en petits faisceaux dans un même sens ; l'autre occupe la partie supérieure et est distribuée au pourtour de la masse : elle est constituée par de la matière encéphaloïde presque complètement ramollie, et réduite en plusieurs points à l'état de putrilage. On voit de petites branches vasculaires se ramifier çà et là dans cette matière.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Ainsi le siége de la tumeur me paraît bien déterminé ; elle occupe le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, et c'est dans ce tissu qu'elle a eu son point de départ.

Nous n'avons point de renseignemens précis sur le début de cette affection et les progrès qu'elle a pu faire, la malade n'ayant pas été examinée avant son entrée à la Pitié. Depuis long-temps l'invasion des règles s'annonçait par des douleurs assez vives qui augmentèrent tout-à-coup et devinrent continues. Cette exaspération reconnaîtrait-elle pour cause un abondant épanchement sanguin dans la tumeur, épanchement sanguin auquel se rattacherait la formation de cette masse considérable, semblable à la fibrine qui en constitue la plus grande portion ?

Tous les organes importans se trouvant en dehors des limites du canal, on s'explique facilement comment l'attention de la malade fut trop tard éveillée pour qu'il ait été possible de la secourir. L'extirpation de la tumeur eut peut-être été praticable à une époque peu avancée ; mais si l'on considère la répugnance qu'ont toutes les malades à se laisser visiter d'assez bonne heure, la marche insidieuse des affec-

tions cancéreuses à leur début, et la difficulté du diagnostic, on conviendra que des tumeurs ainsi placées, quoique avec les conditions d'isolement les plus favorables, seront presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

De l'existence d'une membrane fibreuse, propre au poumon; *par le docteur Stokes.* — Tandis que le péricarde est considéré comme fibro-séreux, au moins dans la portion qui ne se réfléchit pas sur le cœur, la plèvre n'est pour les anatomistes qu'une membrane séreuse, entre laquelle et le poumon il n'existe rien autre chose qu'une couche de tissu cellulaire, appelé tissu cellulaire sous-séreux. Cependant il m'est arrivé plusieurs fois de démontrer l'existence d'une capsule très-forte, située entre la membrane séreuse et le tissu pulmonaire, et qui enveloppe complètement les poumons. A l'étet sain, cette capsule, bien que douée d'une grande force, est *transparente*, ce qui établit une différence entre elle et la capsule fibreuse du péricerde; cette circonstance explique pourquoi elle est restée si long-temps ignorée.

J'observai cette membrane pour la première fois en disséquant le poumon d'un sujet qui était mort de pneumonie chronique. En inci sant le tissu pulmonaire à travers la plèvre, j'aperçus trois couches distinctes. L'une était formée par la plèvre; celle du milieu, probablement par le tissu cellulaire sous-séreux, épaissi et induré; la troisième était très-dense et presque opaque. Depuis ce moment, j'ai vu plusieurs fois cette tunique sur des poumons malades, et je suis parvenu è en démontrer l'existence sur des poumons sains. Elle est toutefois beaucoup plus facile à apercevoir dans le cas de maladie du poumon, parce qu'alors ces tissus sont plus ou moins hypertrophiés et rendus opaques.

Pour la démontrer sur un poumon sain, j'emploie le procédé suivant : Je donne un certain degré de tension à une portion de poumon, ce qui s'obtient en comprimant les portions sous-jacentes, de manière à remplir d'air les cellules les plus superficielles de la portion qui doit être tendue. Alors, avec un scalpel bien tranchant, je fais, à la surfece de cette portion de poumon, la scarification la plus superficielle possible en forme d'U. Cette incision divise la plèvre,

sans atteindre le feuillet fibreux. En saisissant avec des pinces très-fines le bord inférieur de l'incision, on obtient, par une traction prudente, et en coupant de temps en temps les filamens du véritable tissu cellulaire sous-séreux, un lambeau de la plèvre qui peut être renversé, et qui laisse les cellules aériennes encore protégées par une couche fibreuse, résistante, bien que diaphane. La surface de cette couche fibreuse, même après l'enlèvement de la membrane séreuse, est encore polie et luisante. A l'aide du scalpel je forme de la même manière un lambeau de cette tunique fibreuse, qui se renverse également, et laisse apercevoir la surface du poumon irrégulière et charnue. La solidité de cette membrane peut être appréciée, soit en exerçant sur elle des tractions avec les pinces, soit en la soulevant avec la pointe du scalpel.

Cette membrane enveloppe la totalité des deux poumons, recouvre une partie des gros vaisseaux; le péricarde semble n'être que sa continuation, et la force beaucoup plus considérable dont il est doué est en harmonie avec ses fonctions. Elle recouvre le diaphragme, sur lequel elle présente plus d'opacité, et conjointement avec la plèvre elle tapisse la face interne des côtes; puis, en se réfléchissant, elle forme le médiastin, qui, par conséquent, est constitué par quatre feuillets, deux séreux et deux fibreux.

Cette disposition n'est pas seulement intéressante sous le point de vue anatomique, elle l'est encore pour la physiologie et la pathologie. Elle établit une analogie de plus entre le poumon d'une part, et d'autre part avec les organes parenchymateux et glandulaires de l'abdomen, qui sont revêtus d'une capsule fibreuse, et elle révèle cette loi générale de l'union constante de toute membrane séreuse avec une fibreuse; ainsi qu'on le voit pour l'arachnoïde, le péricarde, le péritoine, la tunique vaginale du testicule, et les capsules synoviales.

Sous le point de vue pathologique, la présence de cette membrane fibreuse explique les douleurs de la pleurodynie et de la pleurite, et la rareté des perforations de la plèvre, rareté très-remarquable eu égard à la fréquence des ulcérations du poumon, lesquelles marchent constamment vers la surface du viscère jusqu'à ce qu'elles ne soient plus limitées que par la tunique fibreuse. Dans la pleurésie avec épanchement, elle peut servir à expliquer la disposition du poumon et les rides de sa surface quand le liquide est évacué. J'ai aussi quelques raisons pour croire que c'est cette membrane qui est le siège des ossifications de la plèvre.

Le docteur Hart a démontré également l'existence de cette tunique fibreuse dans ses leçons d'anatomie. Il y a déjà quelques années qu'il a été conduit à la même opinion que moi par des circonstances semblables, c'est-à-dire, par la dissection de poumons atteints d'inflam-

mation chronique. Suivant lui, la portion la plus forte de cette tunique est celle qui est sous-jacente à la plèvre costale. (*Dublin Journal*, N.° 18, janvier 1835).

Pathologie et Thérapeutique.

Héméralopie épidémique. — L'auteur, qui a inséré déjà une note sur ce sujet dans le Journal dont celle-ci est tirée (1833, N.° 4), appelle de nouveau l'attention sur cette héméralopie épidémique qui reparaît tous les étés depuis cinq ans dans une maison de bienfaisance de cette ville (Berlin), contenant cent enfans. Dans l'été de 1833, cette maladie avait encore reparu, sans qu'il fût possible de lui assigner aucune cause appréciable. Cette fois, 23 garçons et 9 filles en furent atteints, en tout 32 sujets, 8 de moins que l'année précédente. Eu égard à l'âge, ils se classaient ainsi qu'il suit : de 6 à 7 ans, 5 malades ; de 8 à 9 ans, 11 ; de 10 à 11 ans, 13, et de 12 à 13 ans, 3 ; mais il faut observer que le plus grand nombre des enfans sont dans l'âge de 5 à 10 ans, et qu'il n'y en a que peu au-dessous de 12 dans cet établissement. La maladie reparut tout-à-fait de la même manière que je l'ai déjà décrite. Chez 14 elle parut dès le mois d'avril, circonstance qui prouve que la cause ne réside pas dans les chaleurs de l'été, ni dans la lumière éblouissante du soleil ; 13 enfans tombèrent malades en mai, et seulement trois en furent atteints en juin. Découragé par l'insuccès de toutes mes tentatives antérieures contre cette maladie, je n'entrepris rien cette année pour en arrêter la marche ; j'en abandonnai la guérison à la nature. Cette guérison eut lieu spontanément chez tous les malades comme dans l'année précédente. L'héméralopie disparut, chez le plus grand nombre, au mois d'août. Sa durée fut de quatre mois chez dix des enfans, de trois mois chez quatorze ; de deux mois chez cinq, et d'un mois chez trois.

Ce phénomène est assurément très-remarquable, et particulièrement le retour de cette cécité nocturne chez trois enfans depuis cinq ans, et chez douze depuis quatre ans.

Il n'est pas douteux que c'est quelque cause endémique qui favorise dans cet établissement le développement de cette maladie ; mais toutes les recherches que j'ai faites à ce sujet n'ont fourni aucune donnée sur la cause. (*Wochenschrift de Casper*, N.° 14. 1834).

Cardite ; péricardite ; végétations considérables sur les valvules aortiques ; *par le docteur Henderson.* — J. Wilson, âgée de 24 ans, présenta les symptômes suivans le 11 juin 1830 : douleur et pesanteur de tête ; peau chaude et sèche ; agitation et insomnie ; langue blanche et humide ; pouls très-plein, donnant 100 pulsations et résistant à la pression : quelques nausées ; règles supprimées depuis plusieurs mois ; une tumeur était facilement sentie au-dessus du pubis ; la

physionomie était naturelle. Quinze jours avant cette époque, au milieu d'une santé satisfaisante, et après un refroidissement, cette femme avait éprouvé de la céphalalgie, des nausées et des frissons. Du 11 au 20 juin, le traitement consista en une saignée de 12 onces, une potion purgative, et une solution de nitrate d'ammoniaque à doses fractionnées chaque jour. Le 20, même état; de plus, douleur à la partie antérieure, supérieure et droite de la poitrine; un peu de toux; salivation abondante; sans cause appréciable; décubitus sur le côté droit ou sur le dos. Le stéthoscope ne donne que des résultats négatifs. Une saignée de 24 onces, pratiquée dans le but de diminuer la plénitude extraordinaire du pouls, fournit un sang non couenneux. Le 22, douleur et toux nulles; pouls à 100, et plein. Le 23, point de toux ni de douleur; nuit bonne; peau modérément chaude et humide; pouls à un peu plus de 100, plein et irrégulier; anorexie; salivation. Jusqu'au 26, sous l'influence d'une solution étendue d'émétique, le pouls devint moins fréquent et moins dur; la malade dormit peu. Mais dans la soirée, le pouls devint plus fréquent et moins fort. Le 27, il était à 120, petit et faible; extrémités froides; respiration fréquente. Dans la partie inférieure du côté de la poitrine, la malade éprouvait une douleur semblable à celle que causerait quelque chose qui serrerait fortement: langue humide. Une selle. Dans la journée elle expulsa un fœtus de cinq mois, et mourut le lendemain matin.

Autopsie. — Le péricarde, considérablement distendu, occupait tout l'espace situé derrière le sternum, et s'étendait à une grande distance de chaque côté. Il renfermait une livre et demie de sérosité légèrement teinte de sang. Toute la surface intérieure de cette membrane était rendue inégale par de la lymphe qui paraissait récemment épanchée. Le tissu du cœur était mollasse. Dans le ventricule gauche plusieurs caillots sanguins étaient mêlés, près de l'ouverture ventriculo-aortique, avec des végétations volumineuses, irrégulières, comme spongieuses, et très-peu consistantes. Les caillots sanguins ne leur adhéraient point. Ces végétations recouvraient presque la totalité de la surface de deux des valvules semi-lunaires, et étaient aussi implantées dans la partie contiguë du tissu du cœur. Quand l'aorte et le ventricule furent ouverts, on trouva que ces végétations s'étendaient dans une longueur d'un pouce et demi, suivant la direction des valvules, et formaient quatre divisions, dont la plus considérable avait huit lignes de sa base à son sommet. Le tissu du cœur était ramolli au niveau de leur insertion; la membrane interne était d'un rouge foncé au même endroit. Ce ramollissement, qui occupait toute l'épaisseur de la paroi du ventricule, s'étendait jusqu'au bord de l'ouverture auriculaire, au côté droit de cette ouverture; en ce dernier point on observa une petite portion du tissu

charnu, ramollie et livide, d'où naissait une végétation. Plusieurs petites fentes inégales existaient dans les valvules aortiques sur lesquelles les végétations avaient pris racine ; vis-à-vis d'elles, de petites nodosités fibrineuses faisaient saillie sur la paroi de l'artère ; dans le voisinage de ces nodosités, la tunique interne de l'artère était injectée. Les végétations adhéraient solidement aux valvules et au tissu du ventricule ; autour de leur base existaient de nombreuses granulations ou lambeaux de lymphe, que l'on détachait facilement Les parties divisées étant remises en place, les végétations ne laissaient entre elles qu'un canal de quatre lignes de diamètre.

Cette dernière circonstance ne permet pas d'admettre que ces végétations eussent acquis déjà leur volume ou à-peu-près, dès le 23, c'est-à-dire, cinq jours avant la mort ; car ce jour, le pouls était plein, condition qui ne peut coïncider avec une telle occlusion de l'orifice aortique. On ne peut pas supposer non plus que ces végétations fussent entièrement le produit de la surface enflammée. Il est beaucoup plus probable que la plus grande partie de ces végétations fut formée par la déposition des portions fibrineuses du sang qui franchissait l'ouverture ventriculo-aortique, ces portions fibrineuses devenant adhérentes aux granulations inégales formées par la lymphe épanchée à la surface de la membrane enflammée. On sait, en effet, que les parties constituantes du sang ont une tendance remarquable à se séparer, sous l'influence de l'état inflammatoire ; et que si l'on agite avec un instrument quelconque du sang récemment extrait de ses vaisseaux, la fibrine se rassemble autour de l'instrument qu'on emploie ; et y adhère en revêtant une forme qui lui donne une ressemblance remarquable avec les végétations en question. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, janvier 1835.)

Rupture des valvules aortiques; *par le docteur W. Henderson.* — James Lamb, ouvrier, âgé de 44 ans, menant une vie irrégulière, réclama mes soins le 6 septembre 1834. Il était en proie à une dyspnée si continuelle et si intense, qu'il pouvait rarement se coucher dans son lit, et qu'il dormait habituellement dans une chaise. Son visage était, comme privé de sang, et portait l'empreinte d'une vive anxiété ; ses lèvres étaient livides. Il avait une toux fréquente qui était ordinairement suivie de l'expectoration d'une médiocre quantité de mucus jaune et visqueux. Il éprouvait une douleur vive et constante à la région précordiale, le long des cartilages des côtes gauches ; pouls 110, régulier, mou, et modérément plein ; constipation ; sueurs nocturnes abondantes ; un peu d'œdème des jambes et de la face ; urines rares. L'impulsion du cœur était très-forte au-dessus de l'organe lui-même et dans une certaine étendue à l'entour. Elle était accompagnée par un bruit de soufflet bien marqué. Le second bruit du cœur avait un peu les caractères du bruit de soufflet, mais il était obscur,

mal caractérisé, et semblait être la terminaison du premier bruit prolongé.

Quatre mois environ avant ma visite, cet homme faisant un violent effort pour pousser une voiture pesamment chargée sur une route montante, fut pris subitement d'une dyspnée intense suivie de syncopes. On fut obligé de le rapporter chez lui; depuis ce temps sa respiration est restée gênée, et quand je le vis il y avait plus de six semaines que son état avait pris le degré de gravité indiqué. Le malade attribuait à l'influence du froid et de l'humidité cette augmentation considérable dans l'intensité des symptômes. (14 sangsues sur le cœur; cinq grains de calomel avec un demi-grain d'opium, trois fois par jour). Pendant les deux jours suivans, la respiration plus facile. Le 8 septembre, l'impulsion du cœur n'était pas plus forte qu'à l'état normal.

Le 10, l'impulsion était faible et diffuse dans le point de la paroi thoracique correspondant aux ventricules, depuis la quatrième côte jusqu'à la sixième. Le premier bruit s'accompagnait d'un bruit de soufflet; le second bruit était remplacé par un souffle obscur. Au niveau du cartilage de la quatrième côte gauche, avec l'impulsion du cœur coïncidait un bruit de soufflet plus fort que celui qui était perçu au-dessous de ce point; le second bruit était à peine appréciable. A mesure qu'on appliquait le stéthoscope plus haut, les deux bruits devenaient de plus en plus distincts; et près de l'extrémité supérieure du sternum, surtout au-dessus de sa portion droite, au-niveau du cartilage de la seconde côte, ces deux bruits semblaient tout près de l'oreille; ils étaient forts et légèrement rudes (rough). Si l'on s'écartait de ce point latéralement, ils devenaient de moins en moins appréciables, et cessaient d'être entendus vers les régions axillaires. Au-dessus des clavicules un seul bruit était entendu assez distinctement, mais on ne pouvait lui reconnaître aucun des caractères du bruit de soufflet. A la hauteur du cartilage de la quatrième côte droite, les deux bruits étaient forts, et offraient les mêmes caractères que dans le point correspondant du côté gauche; mais depuis le cartilage de la quatrième côte jusqu'a celui de la septième, on entendait bien moins de bruit de soufflet pendant la contraction ventriculaire, et le second bruit était presque pur et très-fort. Au niveau du tiers supérieur du sternum, on percevait une impulsion diffuse comme celle de la région précordiale, mais quelquefois plus distincte, surtout quand on auscultait avec le stéthoscope.

Le son était beaucoup moins clair dans toute l'étendue du sternum qu'à la partie supérieure de la poitrine, en quelque point qu'on percutât. Une matité semblable existait entre la quatrième et la sixième côtes gauches, à la distance de deux pouces latéralement, et au-delà de la ligne du mamelon. En arrière, le son était mat à la partie infé-

rieure de la poitrine, et dans le même endroit on entendait du râle sous-crépitant et du râle muqueux.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'au 29 septembre, jour de la mort. L'impulsion du cœur ne devint jamais plus forte; fréquemment elle fut double, un choc accompagnant chaque bruit; quelquefois même le second choc fut plus prononcé que le premier. Les bruits furent habituellement faibles à la région du cœur.

Le traitement se composa de deux saignées, et de l'emploi des narcotiques et des diurétiques.

Autopsie. — Le côté droit de la poitrine renfermait environ cinq livres de sérosité sanguinolente. La partie antérieure et supérieure du poumon droit s'avançait sur l'aorte ascendante qu'elle recouvrait : elle était complètement dense et sans crépitation. Cette induration du tissu pulmonaire derrière le sternum s'étendait dans presque toute la longueur de cet os, et offrait environ trois doigts de largeur. Une partie de la surface de section de ce tissu induré était brune; l'autre partie avait le même aspect que la surface de section d'un caillot de sang veineux. Quelques autres parties de ce poumon offraient des foyers apoplectiques semblables. Sa moitié inférieure était infiltrée de sérosité noirâtre. — Le péricarde contenait environ six onces de sérosité sanguinolente. Le cœur avait presque le double de son volume naturel; toutes ses cavités étaient dilatées, principalement le ventricule gauche, qui avait acquis une grande capacité, et offrait une forme arrondie. Les parois de ce ventricule étaient hypertrophiées. Les orifices auriculo-ventriculaires étaient assez larges pour admettre quatre doigts. L'artère pulmonaire était saine. L'aorte thoracique n'offrait de dilatation en aucun point; sa membrane interne était polie et saine; mais les valvules de son orifice étaient profondément altérées; deux de ces valvules semblaient avoir été arrachées de leur insertion; l'une était séparée de ses points d'attache dans un tiers environ de son étendue, l'autre dans une étendue de quatre lignes. Les deux déchirures étaient réunies en une seule lacune à bords frangés, par une portion de la membrane interne du vaisseau, qui était soulevée et passait de la base de l'une à celle de l'autre. Les deux valvules étaient en outre recouvertes par des végétations fibrineuses, dont l'une, ayant le volume d'un pois, était remplie de graviers, et était attachée au bord de l'une des valvules par un pédicule long de trois lignes. La troisième valvule était entière et chargée de plaques fibrineuses et calcaires.

Il paraît très-probable que les symptômes décrits ci-dessus reconnaissaient pour cause et pour origine la rupture des valvules de l'aorte. La première apparition des symptômes date d'un moment où le malade se livrait à un effort très-violent, circonstance qui favorise particulièrement les lésions des organes de la circulation. Il est aussi

digne de remarque qu'aucun point de la membrane interne du cœur ou de l'aorte ne présentait de traces d'inflammation. Toute la lésion était limitée aux valvules, de sorte que la maladie semblait entièrement locale. Il n'est point non plus sans intérêt de considérer l'influence, sur les résultats stéthoscopiques, de la portion de poumon hépatisée qui recouvrait l'aorte ascendante, et qui avait fait croire à plusieurs médecins qu'il existait un anévrysme de ce vaisseau. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, janvier 1835).

Rupture du tendon du biceps brachial; *par Sir George Ballingall.* — M. D., âgé de 50 ans, bien portant et actif, élevant un lourd fardeau avec la main droite, éprouva tout-à-coup à la partie inférieure du bras, un peu au-dessus du coude, une sensation de craquement accompagnée d'un bruit éclatant, et suivie d'un engourdissement douloureux du membre. L'objet qu'il soulevait s'échappa aussitôt de sa main, son membre ne pouvant plus exécuter ses fonctions habituelles. Quelques secondes après l'accident, lorsqu'il voulut ôter son habit, la tuméfaction du bras était déjà telle, qu'il ne put y parvenir qu'avec beaucoup de peine. Une tumeur considérable occupait la partie moyenne du bras, au niveau du ventre du muscle biceps. Pensant que ce gonflement était dû à une infiltration, M. D. se fit appliquer un bandage assez serré. Il n'éprouva alors presqu'aucune douleur, et put se servir assez bien de son bras. Le lendemain matin la tumeur avait beaucoup augmenté de volume, elle paraissait due entièrement à la rétraction et au gonflement du biceps lui-même. Ce qui confirmait cette opinion, c'est qu'on trouvait dans l'excavation qui existait au-dessous de la tumeur, un corps qui paraissait être le tendon du biceps, libre à l'une de ses extrémités, et pouvant être porté à droite et à gauche avec une grande facilité. L'appareil qui fut appliqué se composa de deux pièces de cuir lacées exactement et très-serrées, l'une sur le bras et l'autre sur l'avant-bras; une lanière s'étendit de l'une à l'autre, et eut pour but de tenir le bras fléchi. Les mouvemens que fit le malade dérangèrent cet appareil, qui fut mis de côté après dix ou quinze jours. Le tendon avait peu-à-peu contracté des adhérences avec les parties voisines, et quoiqu'il y eût encore un gonflement considérable du muscle et une différence notable entre la forme des deux bras, cependant M. D. pouvait se servir assez bien du membre malade. Ce membre est resté beaucoup moins fort que l'autre; tout effort pour élever un objet d'un certain poids avec l'extrémité des doigts, y détermine de la douleur ou des crampes; si l'on compare les deux bras au moment où l'avant-bras se fléchit avec force, on voit le tendon du biceps du côté gauche se tendre et faire une saillie manifeste. Rien de semblable ne s'observe du côté droit, et ici la flexion semble s'opérer uniquement par le brachial antérieur et les fléchisseurs du carpe et des doigts. Dans l'état de

repos, le ventre du biceps est plus élevé et plus volumineux que du côté sain. Le mouvement de pronation est resté difficile; le malade éprouve surtout de la peine à exécuter le mouvement en vertu duquel le radius tourne alternativement en dedans et en dehors autour du cubitus, comme cela a lieu quand on verse avec précaution une substance pulvérisée renfermée dans un vase à large goulot. Cette difficulté de la pronation est remarquable en ce que, d'après les fonctions assignées au biceps, il semble que c'est plutôt la supination qui aurait dû être lésée. (*The Edinb.*, janvier 1835).

Communication avec les bronches d'une cavité formée par la carie dans le corps des vertèbres dorsales; *par le docteur Stannius, de Berlin.* —Jules Oberst, âgé de 28 ans, ayant une mère goutteuse, des frères et sœurs et une fille atteints de scrofules, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 14 ans, où, après s'être livré à des travaux pour lesquels il était obligé d'employer beaucoup d'eau forte, il fut pris d'une toux avec expectoration de sang pur, qui le quitta vers sa 17e année. A 21 ans, après avoir porté un fardeau, il éprouva de la douleur dans l'épaule droite; il se forma en cet endroit un abcès qui fut ouvert par le bistouri. Peu de temps après, nouvel abcès sur la poitrine qui fut également ouvert et laissa écouler un pus de mauvaise qualité. L'écoulement de pus dura pendant un an. De temps en temps, il se développait plusieurs tumeurs, occupant la partie antérieure du thorax et les parois abdominales au-dessous des fausses côtes. Enfin, il s'en forma plusieurs dans la région lombaire, au côté droit du rachis. Une toux intense, avec expectoration, qui s'était manifestée avant l'apparition de ces derniers abcès, disparut en peu de temps, dès qu'ils s'ouvrirent, et qu'il s'en écoula un pus de mauvaise qualité. Deux mois avant que je ne visse le malade, il avait éprouvé de la douleur dans la région lombaire, des frissons, de la dyspnée, et avait été pris de nouveau d'une toux violente. Depuis ce temps, il expectorait en grande quantité par la toux et avec une sensation pénible de picotement dans le cou, de petits fragmens osseux, de la grosseur d'une graine de moutarde, tantôt un peu plus, tantôt un peu moins volumineux, qui étaient mêlés à une matière ressemblant parfaitement à la matière expectorée par les phthisiques. Lorsque je le vis, depuis long-temps l'appétit était diminué, les forces détruites; cependant il pouvait encore marcher dans sa chambre; le décubitus dorsal seul était supportable; aussitôt qu'il se couchait sur un des côtés, il était pris de toux et de douleur très-vive. L'émaciation était excessive. Au-dessous de la clavicule droite et, en arrière, dans la fosse sus-épineuse, on voyait plusieurs cicatrices larges, peu profondes, d'un blanc bleuâtre. La moitié droite de la poitrine, dans sa portion sternale, était considérablement excavée, depuis la deuxième jusqu'à la cinquième côte.

Au niveau du cartilage de la troisième côte, de celui de la quatrième, sur le sternum et près de lui, le long de l'insertion des côtes inférieures, il y avait douze ouvertures, dont huit dans la moitié droite et quatre dans la moitié gauche du thorax. Plusieurs de ces ouvertures étaient presque fermées, les autres donnaient issue à un pus de bonne qualité. La sonde pénétrait dans un espace peu étendu ; dans une seule, elle mesurait une étendue de six pouces à droite et en haut. Les capillaires, situés dans le voisinage de ces ouvertures, étaient dilatés. Le ventre était considérablement tuméfié dans la région épigastrique et mésogastrique. Une tumeur dure s'étendait transversalement de droite à gauche audessus de l'ombilic. A droite, au niveau des dernières fausses côtes, il y avait deux ouvertures, dont l'une laissait couler encore du pus. Les veines de l'abdomen étaient variqueuses. A la partie postérieure du tronc, on observait une tumeur dure et inégale, correspondant à la dernière vertèbre dorsale. Entre les dernières fausses-côtes et dans la région lombaire, à droite, se trouvaient huit trajets fistuleux, dont la plupart versaient du pus de bonne qualité. La sonde indiquait évidemment l'érosion de plusieurs côtes. L'auscultation ne fournissait qu'un râle muqueux très-fort et une bronchophonie assez marquée. Cependant l'expectoration était de nature à faire croire à l'existence de tubercules. Le malade resta six semaines à l'hôpital, avec une toux continuelle, déterminant l'expectoration de crachats purulens et d'enquilles osseuses ; pendant tout ce temps, les fistules donnèrent issue à du pus, et la région dorsale fut le siège de douleurs. L'émaciation fit des progrès, les forces s'anéantirent, l'appetit disparut, et le malade mourut le 29 mai, sans avoir eu ni diarrhée, ni sueurs colliquatives.

Autopsie, 18 heures après la mort. — Le cerveau était sain. — Des ouvertures fistuleuses situées à la partie antérieure de la poitrine, une seule pénétrait dans la cavité droite du thorax, le long de la troisième côte. Le lobe supérieur du poumon de ce côté était adhérent aux parois thoraciques, son tissu était un peu induré. Le poumon droit, un peu flasque, était recouvert d'une fausse-membrane médiocrement épaisse, qui, à la partie postérieure du lobe inférieur, devenait plus épaisse et offrait une consistance cartilagineuse. En cet endroit, le tissu pulmonaire était uni à la neuvième et à la dixième vertèbres dorsales, en partie détruites par la carie. Les dernières ramifications bronchiques étaient notablement élargies autour de ce point ; quelques-unes d'entr'elles s'ouvraient dans la cavité formée par la carie au sein des vertèbres indiquées. On trouva encore dans leur intérieur quelques fragmens osseux. La muqueuse des petites divisions bronchiques était un peu épaissie, tachetée de rouge, et offrait une injection capillaire au niveau de ces taches. Toutes les bronches étaient remplies de pus. Dans les deux poumons, il n'y avait que quelques tubercules petits,

en partie crus, en partie ramollis; nulle part une cavité tuberculeuse considérable. Le poumon gauche était un peu adhérent avec le corps des vertèbres malades. — La trachée, le larynx, le cœur et ses enveloppes, étaient à l'état sain. — La tumeur observée dans l'abdomen, provenait du foie énormément développé et plus dur qu'à l'ordinaire. Les conduits biliaires, de même que la vésicule, contenaient une petite quantité de bile claire et peu consistante, le foie adhérait aux parois abdominales par des fausses membranes. Les ouvertures fistuleuses correspondantes ne communiquaient point avec lui, mais répondaient aux côtes en partie détruites. La rate était grosse, dure et également revêtue par une fausse-membrane. — L'œsophage était sain; çà et là quelques villosités étaient colorées en noir. Les glandes mésentériques étaient médiocrement tuméfiées. La plus grande partie des côtes droites était détruite. Le corps des neuvième et dixième vertèbres dorsales était entièrement détruit par la carie; des fragmens osseux de diverses grosseurs étaient libres les uns auprès des autres. Les ligamens intervertébraux correspondans étaient convertis en une matière jaune, caséiforme (tuberculeuse?) beaucoup plus consistante que du pus. Une matière semblable fut trouvée dans le corps des huitième et onzième vertèbres dorsales; cette matière était déposée dans des cavités isolées et ne formait point une masse continue. — Les fistules du dos communiquaient avec les grandes excavations produites par la carie. La dure-mère rachidienne était épaissie, cartilaginiforme, recouverte de granulations inégales, rougeâtres et noirâtres dans les points correspondant aux vertèbres détruites. Sa surface intérieure était saine. La moelle n'offrit aucune altération. (*Wochenschrift fur die gesammte Heilkunde*, 1834, n° 37).

Diabète sucré, nullement amendé par la méthode antiphlogistique, et heureusement traité par le régime azoté; *obs. communiquée par J. Fournet, interne des hôpitaux de Paris.* — Le nommé Josia, âgé de 29 ans, avait joui d'une bonne santé et d'une constitution robuste jusqu'au commencement de l'été de 1834. A cette époque, il fut pris d'une soif assez vive, qu'il satisfaisait en buvant d'assez grandes quantités d'eau froide; peu de jours après, il observa que la quantité de ses urines avait augmenté d'une manière remarquable; bientôt l'accroissement proportionnel de la soif, de la quantité des boissons, et de celle des urines se prononça d'une manière rapide; en même temps ses forces diminuèrent, et sans éprouver pour cela aucun symptôme fébrile, il s'aperçut avec inquiétude qu'il maigrissait beaucoup depuis la première époque indiquée. Au maximum de la soif, il buvait alors six caraffes d'eau pour les 24 heures; l'excrétion urinaire, extrêmement fréquente dans la même journée, se tenait toujours dans un rapport proportionnel avec la quantité des boissons. Questionné sur la canse de ces changemens dans sa santé, il ne pou-

vait les attribuer, et la soif excessive spécialement, qu'au métier fatigant de crieur auquel le comdamnait son état de marchand en plein air, et surtout dans une saison aussi chaude que le fut l'été de 1834. Quelques douleurs à l'épigastre, qui survinrent alors et s'accompagnèrent de quelques vomissemens, le firent, peu de temps après, entrer à la Charité, dont il sortit bientôt, guéri seulement de ses douleurs et de ses vomissemens, par quelques ventouses scarifiées appliquées à l'épigastre. Il avait repris son travail accoutumé depuis fort peu de jours, lorsque sa maigreur, l'intensité de sa soif, l'augmentation des urines et l'apparition d'un œdème assez considérable des membres inférieurs, qui succéda à des crampes éprouvées dans les gras de jambe, le portèrent à entrer à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Malet, le 21 octobre 1834, cinq mois après l'apparition des premiers accidens.

Il était alors tourmenté de la soif la plus vive, et ses urines se sont élevées jusqu'à neuf litres, tandis que ses boissons ne se sont jamais élevées à plus de six litres. En prenant pour point de comparaison son premier embonpoint, la maigreur était grande ; état de faiblesse et de mal-aise général sans fièvre. Très-peu de douleur à l'épigastre, quelques légers et rares élancemens dans la région du rein gauche, à peine dignes d'être mentionnés ; un sentiment de soif et d'ardeur dans la bouche, tel était alors l'état du malade. On doit y joindre un état continuel de sécheresse de la peau et l'absence complète de toute sueur. Nous l'avons questionné avec soin sur les accidens que quelques observations récemment publiées ont rattachés au diabètes sucré, et nous n'avons rien vu ni des sueurs nocturnes ni de l'anaphrodisie ni du gonflement particulier des gencives ni des autres accidens signalés du côté du tube digestif ; mais il est à remarquer, à propos de cela que nous n'avions affaire qu'à un diabètes assez récent, tandis que ceux qu'on nous a dit s'être accompagnés des accidens précédens, avaient une date beaucoup plus ancienne.

Examinées avec beaucoup de soin par un chimiste habile, accoutumé aux analyses, M. Mialhe, pharmacien en chef de l'hôpital St-Antoine, les urines ont offert des caractères chimiques importans. Pour ménager l'espace, nous ne prendrons, dans le travail de M. Mialhe, que les résultats généraux.

1.° *Caractères physiques.* Couleur légèrement ambrée ; odeur très-faible, n'offrant aucune particularité ; limpidité parfaite ; écume nuageuse assez abondante à sa surface ; saveur manifestement sucrée, d'un arrière goût fade et à peine nauséeux ; pesanteur spécifique plus grande que dans l'état ordinaire.

2.° *Analyse par les réactifs.* Renfermant en outre de l'eau qui entre dans sa composition, au moins les principes suivans : urée et acide urique surtout, en proportion moindre que pour les urines normales ;

phosphates de chaux et de magnésie; sous-phosphate de chaux; sulfates et muriates alkalins; matière caséeuse, quelques traces de fibrine; point du tout d'albumine.

3.° *Évaporation et traitement par l'alcohol.* Cinq cents grammes d'urine évaporée au bain Marie jusqu'à consistance d'extrait mou, ont offert les caractères suivans : réduction du poids à quarante-sept grammes, couleur d'un roux noir; odeur tant soit peu nauséeuse, saveur plus sucrée que l'urine elle-même, mais aussi un peu plus nauséabonde. Traité par l'alcohol à 34 degrés bouillant, cet extrait s'est pris en une masse grenue; ressemblant pour les caractères physiques à la cassonade rousse, et qui, soumis à l'action de la presse, a fourni 31 grammes d'un sucre qui, à sa pureté près qui était altérée par des matières étrangères, était absolument identique au sucre de raisin.

Les premières vues thérapeutiques adoptées par M. Mialhe, furent celles préconisées par M. Dézeimeris, c'est-à-dire, le traiment anti phlogistique; mais l'usage d'une tisane en quantité très-modérée; quelques bains de vapeur et des applications répétées de sangsues à l'épigastre et à l'anus, n'ayant eu d'autre résultat que de faire disparaître les douleurs légères que le malade ressentait à l'épigastre, et de diminuer momentanément l'activité de la soif, M. Mialhe y renonça pour adopter le traitement suivant : 6 liv. de glace pour boisson, et de plus tisane à discrétion; bains de temps en temps; 2 livres de porc frais par jour, l'exclusion de toute autre viande; portion de pain et portion de vin). Malgré un régime aussi copieux, la voracité du malade est telle qu'il se plaint encore de n'avoir pas assez. Cependant sa faim s'est insensiblement appaisée; sa soif est devenue moins vive; ses forces ont repris insensiblement; ses urines sont devenues moins nuageuses à leur surface, et leur quantité s'est réduite par degrés insensibles, mais non interrompus, au minimum de 3 litres. Plusieurs extraits par évaporation en ont été obtenus à différens intervalles de cette période de décroissement, et à chaque opération nouvelle, on a cru remarquer une diminution dans la quantité des matières extracto-sucrées; en même temps, M. Mialhe a constaté l'augmentation progressive de l'urée; mais de même que M. Thénard a cru pouvoir l'établir d'après des observations qui lui sont propres, l'urine de ce diabétique n'a jamais présenté la plus petite trace d'albumine, pendant la période de diminution du sucre et d'augmentation de l'urée. Ce n'est que lorsque les changemens heureux étaient déjà confirmés, et après l'usage longtemps continué du régime azoté, que, pour souscrire au dégoût des alimens gras qui commençait à s'emparer du malade, on a remplacé par du bœuf une portion du porc frais. Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter ici qu'à l'entrée du malade nous avons remarqué sur la face supérieure

de la base de la langue, un enduit muqueux d'un gris-noirâtre très-tenace, qui, fort large dans le principe, a ensuite jusqu'à l'époque de sa sortie, suivi la même période de décroissement que les accidens diabétiques.

C'est le 6 décembre, 46 jours après son entrée, 30 jours environ après le commencement du traitement azoté, 6 mois et demi après l'invasion des premiers accidens de la maladie, que Josia est sorti de l'hôpital, ne ressentant nulle part aucune douleur, aucun malaise; n'ayant aucune trace d'œdème aux membres inférieurs; urinant beaucoup moins qu'il ne buvait, quoique sa soif fût beaucoup calmée; sentant ses forces rétablies, mais ayant la peau tout aussi peu susceptible d'exhalation, tout aussi sèche qu'elle l'avait été été d'ailleurs toute sa vie.

Nous nous bornerons à faire ressortir dans les réflexions suivantes les traits les plus essentiels de cette observation.

1.° Quelques chimistes n'ayant rencontré dans les urines de plusieurs diabétiques aucune trace d'acide urique, avaient donné l'absence de cet acide comme un caractère du diabètes plus constant et plus pathognomonique que l'absence de l'urée. La quantité d'acide urique que l'on a reconnue dans les urines de notre malade, quoique très-faible, et les observations faites d'ailleurs sur l'augmentation de l'urée, par le fait du traitement azoté, ne permettent pas ici d'admettre cette opinion.

2.° Il résulterait de l'analyse de M. Mialhe, conforme à celles de Nicolas, Gueudeville, MM. Thénard et Dupuytren, que le sucre qu'on rencontre dans les urines des diabétiques ressemble plutôt au sucre de raisin qu'à celui de canne, comme l'a pretendu récemment M. Chevallier.

3.° La sécheresse de la peau chez notre malade existant bien longtemps avant l'invasion des premiers symptômes du diabètes, doit plutôt être considérée comme cause que comme effet de la maladie.

4.° L'augmentation de la soif et de la quantité des boissons a précédé l'augmentation des urines; celles-ci, d'abord égales à-peu-près à la quantité des boissons, l'ont ensuite dépassée de beaucoup, puisqu'au moment de la maladie leur rapport était de 9 à 6.

5.° On ne pouvait retrouver ici comme cause du diabètes, ni l'influence habituelle de l'humidité, ni l'abus des boissons alcoholiques, causes que quelques auteurs considèrent trop exclusivement comme celles auxquelles on doit attribuer la maladie. Nous avons déjà dit que le métier fatiguant de crieur auquel était exposé chaque jour notre malade, était la seule circonstance connue qu'on pût accuser.

6.° Les accidens gastriques éprouvés par le malade à deux reprises, à l'époque de son entrée à la Charité et à celle de son entrée à Saint-Antoine, le léger sentiment de douleur ressenti à la région du rein

gauche, l'augmentation de la soif précédant celle des urines, sont autant de raisons qui semblent favorables à la doctrine de M. Dezeimeris; mais, d'un autre côté, la nullité complète du traitement antiphlogistique qui, sans rien changer à l'état diabétique des urines, n'a fait, à deux reprises différentes, que dissiper les symptômes gastriques et diminuer la soif du malade, porteraient à croire que la gastrite n'était là que comme une coïncidence du diabètes, ou du moins qu'il y avait ce qu'il y a ordinairement entre les deux maladies, une plus grande indépendance que cet auteur n'a voulu le penser, si même on ne peut pas admettre que, dans un certain nombre de cas, l'irritation gastrique et la soif du malade ne soient une conséquence plus ou moins immédiate des déperditions journalières que subit l'économie par le fait d'une sécrétion trop abondante d'urine. Il est, en effet, plusieurs faits pathologiques qui pourraient venir à l'appui de cette idée, et être, *sous ce rapport*, rapprochés du diabètes. Ne voit-on pas une suppuration trop abondante d'un membre, d'une partie quelconque du corps, amener insensiblement à sa suite l'affaiblissement graduel des forces, l'augmentation de la chaleur générale, et de la soif; souvent l'apparition de quelques accidens du côté de l'estomac; la rougeur, la sécheresse, l'enduit muqueux de la langue, tel que l'a présenté notre malade, et enfin la fièvre hectique, le marasme et la mort. Telles sont, en effet, a un peu plus de lenteur près, et la marche et la terminaison du diabètes. Il serait facile de trouver, dans le domaine si vaste de la pathologie, d'autres faits analogues au précédent. Mais sans chercher actuellement à multiplier les preuves à son appui, nous ne faisons que livrer cette idée au jugement des auteurs.

7.° Au contraire, l'efficacité incontestable dans le cas qui nous occupe, du traitement azoté, le plus généralement admis aujourd'hui, vient confirmer l'idée que le diabètes ne consiste pas dans une irritation pure et simple des reins, soit primitive, soit consécutive, mais tout à-la-fois dans une augmentation et dans une aberration telle de leur sécrétion que, dans la masse augmentée des urines, ils ne séparent plus du sang qu'en très-faible quantité, certains principes qui, dans leur état normal, en font une partie constituante, tandis qu'un principe nouveau est créé en grande proportion. Nous disons *créé*, parce qu'en effet DES EXPÉRIENCES ASSEZ RÉCENTES ont prouvé que le sucre diabétique n'existe point tout formé dans le sang.

Obstétrique.

RUPTURE DE L'UTÉRUS CAUSÉE PAR UN DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRABLE DE LA RATE; *par le docteur Luigi Scerra.* —Angiola Lucchini, d'un tempérament phlegmatique, mère de onze enfans, avait depuis sa dernière

couche une tuméfaction considérable de la rate; étant devenue enceinte pour la douzième fois, après une grossesse assez douloureuse, elle fut prise à terme des douleurs de l'accouchement. Le travail ne marchant pas régulièrement, on vint me chercher. Les eaux de l'amnios s'étaient écoulées; il y avait une saillie considérable au-dessus du pubis; la main gauche du fœtus était sortie hors de la vulve. J'introduisis la main dans la matrice, et je reconnus que le fœtus présentait la première position des épaules. En explorant plus en avant, je trouvai la tête enclavée entre le pubis et la rate qui la comprimait de haut en bas. Je soulevai la rate avec la main droite en même temps que j'écartai la tête avec la main gauche qui était déjà placée dans l'utérus, et en quelques minutes je ramenai à une position ordinaire le fœtus qui fut heureusement expulsé. Je prévins cette femme qu'une nouvelle grossesse compromettrait sa vie. Cependant un an après cet accouchement laborieux, elle se trouvait à la fin d'une grossesse extrêmement douloureuse. Dans les derniers jours de cette grossesse, ses angoisses étaient extrêmes. A l'époque de l'accouchement, les douleurs étant très-fortes et les eaux s'étant écoulées, la rate s'opposa d'une manière invincible à la sortie du fœtus. Trois jours après l'écoulement des eaux de l'amnios, la malade sentit un craquement dans l'intérieur de la matrice, et elle commença à perdre du sang. La sage-femme qui l'assistait lui annonça que c'était l'avant-coureur de la sortie du fœtus, mais l'écoulement sanguin devint abondant, et les forces commencèrent à s'évanouir. Ce ne fut qu'alors, cinq jours après le commencement des douleurs que je fus appelé auprès de la malade qui ne put m'adresser que quelques paroles avec une voix languissante. Le plancher était couvert par une quantité considérable de sang coagulé, et disposé par couches. Le pouls battait à peine; il n'y avait plus de contractions utérines. La malade ne tarda pas à mourir. Aussitôt qu'elle eut rendu le dernier soupir, je pratiquai l'opération césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant, mais je trouvai celui-ci privé de vie dans la cavité abdominale.

Autopsie. — L'utérus était rapturé dans son fond; la tête du fœtus était appuyée contre l'estomac. La rate, énormément tuméfiée, comprimait la matrice avec son bord inférieur et antérieur, dont l'extrémité atteignait jusques dans le détroit inférieur. En soulevant ce viscère, je trouvai la matrice contractée par le col du fœtus, dont la tête seule était sortie, et qui était ainsi étranglée. Le col utérin était alongé; la matrice toute entière était appuyée dans le détroit supérieur. Ces organes contenaient très-peu de saog. Le péritoine était également déchiré. (*Il Filiatre Sebezio*, février 1835).

Académie royale de Médecine.

Séance du 3 *février*. — L'Académie reçoit communication d'une ordonnance du Roi, qui supprime la classe des membres-adjoints, et les réunit aux membres titulaires. D'après le texte de cette ordonnance, il n'y aura plus à l'avenir dans le sein de l'Académie royale de Médecine qu'une seule classe de membres résidans jouissant tous des mêmes droits et prérogatives. Le réglement de l'Académie sera modifié conformément à cette nouvelle disposition.

— M. Malgaigne écrit à l'Académie pour répondre à la réclamation qui avait été adressée à cette Société par M. Sédillot, dans l'une des précédentes séances, au sujet du mémoire que le premier de ces médecins avoit lu sur les luxations de l'épaule. M. Sédillot, chirurgien démonstrateur au Val-de-Grâce, rappelle qu'il a présenté le 5 janvier, à l'Académie des Sciences, un mémoire intitulé : *De la détermination des différentes espèces de luxations scapulo-humérales, de leur anatomie pathologique et de leur traitement*. Ce mémoire, suivant M. Sédillot, était depuis huit jours dans les mains de M. Malgaigne, lorsque celui-ci vint lire à l'Académie de Médecine un travail sur le même sujet, qui offre de grandes analogies avec le sien, et sans en faire mention. — M. Malgaigne repousse l'accusation portée contre lui, en faisant remarquer combien était antérieure au fait signalé par M. Sédillot, l'époque à laquelle il s'était inscrit pour lire son mémoire à l'Académie. M. Malgaigne ne nie pas la conformité qui existe entre certaines parties de son travail et celui de M. Sédillot; mais il cite les époques diverses où il a consigné dans les différens recueils et journaux les idées dont on lui conteste la propriété. M. Malgaigne affirme, en outre, que le mémoire de M. Sédillot n'a pas été du tout en sa possession, comme le prétend cet auteur : le manuscrit était resté entre les mains de M. Guérin, directeur de la *Gazette médicale*, auquel il avait été adressé, et qui ne le lui a remis à lui, M. Malgaigne, que treize jours après la lecture du sien. — Ces lettres de MM. Sédillot et Malgaigne sont renvoyées à la commission chargée de l'examen des deux mémoires.

M. Velpeau lit un rapport favorable sur une série de mémoires qui ont pour objet *la clinique chirurgicale*, et qui ont été adressés par M. Vallat, de Montpellier, médecin des houilles de Blanzy.

Recherches sur les annexes du fœtus humain (suite à un mémoire sur la membrane caduque); par M. Lesauvage, de Caen. M. Velpeau fait un rapport verbal sur ce mémoire. L'auteur a cherché à démon-

trer : 1.° que dans l'étude de l'œuf il vaut mieux commencer par l'état adulte que par l'état embryonnaire ; 2.° que toutes les erreurs admises à l'occasion de la membrane caduque tiennent à ce qu'on a méconnu les analogies de cette tunique avec les pseudo-membranes des surfaces séreuses ; 3.° que l'amnios forme seul une gaîne au cordon ; 4.° que le chorion est un sac sans ouverture, séparé de l'amnios par les vaisseaux ombilicaux, l'allantoïde, et un parenchyme cellulo-vasculaire, et qu'il est bifolié ou multifolié ; 5.° que la couche interne du chorion et la couche externe de l'amnios appartiennent à l'allantoïde ; 6.° que près de la racine du cordon, un peu au-dessous de l'adhérence de l'amnios, on trouve assez souvent une fente qui est le lieu où s'ouvre l'ouraque ; 7.° que les vaisseaux omphalo-mésentériques se terminent parfois brusquement en forme de cupule de gland, vers le milieu de la vésicule ombilicale ; 8.° que cette vésicule est multifoliée et placée entre l'allantoïde et le chorion ; 9.° qu'elle ne peut pas être comparée au vitellus des oiseaux ; 10.° que le fluide de l'allantoïde n'est nullement émulsif ; 11.° que la vésicule érytroïde, décrite par M. Pockels, doit jouer un grand rôle dans la théorie des monstruosités ; 12.° que les granulations qu'on rencontre à la surface du cordon de la vache, sont le premier degré d'un ver vésiculaire ; 13.° que le système vasculaire organise le placenta, comme les séreuses produisent les pseudo-membranes ; 14.° que c'est une puérilité de demander si la caduque passe ou ne passe pas sur le placenta ; 15.° que le nouvel être se nourrit par absorption ; 16.° que les vaisseaux ne communiquent, et qu'il n'est utile de lier le cordon du premier-né, dans les grossesses multiples, que s'il n'existe qu'un seul chorion pour les différens fœtus ; 17.° que le placenta ne fait pas subir de modification au sang qui le traverse ; 18.° que la respiration a pour office spécial d'introduire dans le sang un principe indispensable à la production du phénomène électro-chimique qui détermine la contraction musculaire, et qu'elle doit être séparée des fonctions nutritives. M. Lesauvage a tiré, de quelques observations et du raisonnement, les conclusions précédentes. Le rapporteur, qui est loin de partager toutes les opinions de M. Lesauvage, pense que les dissections auxquelles s'est livré cet auteur sont trop peu nombreuses pour justifier ses assertions ; et comme cependant le mémoire présente plusieurs faits dignes d'attention, M. Velpeau propose de le renvoyer au comité de publication, et d'adresser des remerciemens à l'auteur. Adopté.

Charbon de la face guéri par la cautérisation. — M. Lisfranc communique l'observation d'une maladie charbonneuse qu'il a traitée avec succès par le cautère actuel. Cette observation, développée chez un laveur de laine, avait envahi les deux paupières du côté droit. Le chirurgien cautérisa l'escharre après l'avoir incisée, et produisit une brûlure du second degré, étendue à trois pouces au-delà des

parties mortifiées. Il se forma un cercle inflammatoire; les parties gangrénées se détachèrent; l'ulcère qui en résulta occupait toute l'étendue de la face antérieure des paupières, dont la peau était entièrement détruite. Cet ulcère s'étendait à un pouce au-dessus du sourcil, à deux pouces au-dessous de l'orbite, et à un demi-pouce vers la tempe. Pour maintenir en position les paupières pendant la cicatrisation de l'ulcère, et pour éviter leur renversement, M. Lisfranc appliqua deux morceaux de diachylon qui, partant de la tempe et venant se rendre sur le front et sur la racine du nez, se moulaient sur l'orbite et laissaient entre eux un léger intervalle correspondant au centre de cette cavité. Il plaça par dessus un gros tampon de charpie et des compresses, le tout soutenu par le monocle. La cicatrisation s'est achevée, sans que les paupières aient éprouvé aucune déviation.

Amputation de la moitié droite de la machoire inférieure. — M. Lisfranc présente à l'Académie un homme sur lequel il a enlevé la moitié droite de la mâchoire inférieure en mettant à découvert toute l'étendue de la face antérieure du pharynx de ce côté. Le malade est entièrement guéri; la difformité est peu remarquable.

Exostose fongueuse. — Le même M. Lisfranc, dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique, dans laquelle les parties molles qui environnent le genou, sont à l'état lardacé et ramollies en quelques points. Une tumeur osseuse en partie dégénérée, du volume de la tête d'un fœtus à terme, s'est développée sur les parties antérieure et interne de l'extrémité inférieure du fémur. Le cartilage articulaire de l'extrémité inférieure du fémur est sain, malgré les désordres qui existent depuis long-temps au-dessus de lui. L'extrémité supérieure du tibia, saine d'ailleurs, présente une pseudo-membrane sur le côté interne de la surface articulaire; le ligament semi-lunaire interne est épaissi. L'extrémité inférieure du fémur est exostosée presque entièrement. L'exostose est éburnée. L'os, scié suivant sa longueur, est rouge et présente des traces d'inflammation.

Le même membre présente un homme qui porte des doigts et des orteils surnuméraires et dont le père et la sœur offraient le même vice de conformation. Nous ne donnons pas les détails de cette observation, dont les annales de la science contiennent un grand nombre d'exemples analogues.

Séance du 10 *février*. — Le ministre écrit à l'Académie pour lui demander un rapport sur un nouveau moyen prophylactique de la syphilis. Il s'engage à ce sujet une discussion dans laquelle quelques membres, se fondant sur l'inutilité présumée du moyen et sur l'immoralité des expériences qu'il serait nécessaire d'instituer à ce sujet, réclament l'ordre du jour. D'autres membres prétendent que la question doit être examinée. (*Voyez* la séance suivante.)

Le président annonce à l'Académie, la mort de M. Dupuytren et celle de M. Fodéré, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Strasbourg, décédé le 5 de ce mois.

Frambœsia ou Pian. — M. Bedor, de Troyes, lit l'observation suivante : François Elof, ouvrier forgeron, âgé de 32 ans, ayant la taille raccourcie par une profonde courbure vertébrale, du reste fortement musclé, appartenant à une famille saine, établi à Troyes depuis deux ans, est entré plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu pour un frambœsia qu'il porte à la partie inférieure et interne de la cuisse droite. Il fait remonter cette affection à son enfance. Elle commença par une forte rougeur à la peau, s'étendant de la région antérieure de la cuisse droite jusqu'au jarret, et donnant lieu à de vives démangeaisons. Vers l'âge de 12 ans, cette surface rouge devint farineuse; puis, grattée sans ménagement, elle s'humecta d'une serosité roussâtre, et enfin se couvrit de croûtes qui, à force de se reproduire et de tomber, déterminèrent une ulcération profonde de la peau. Ce fut alors qu'apparurent les premières végétations framboisées, sur la partie antérieure de la cuisse qui, actuellement, n'en présente plus que la cicatrice. Des traitemens nombreux leur furent opposés, mais avec peu de succès. Après un an passé à l'hôpital de Vesoul, il vint à Paris dans le service de M. Biett qui diagnostiqua un *frambœsia*. On lui fit prendre à l'intérieur les gouttes arsénicales; on appliqua sur les végétations la pâte arsénicale; on y joignit l'usage de bains de vapeur, sulfureux ou simples; au bout d'un an la cicatrisation était complète; mais les végétations ne tardèrent pas à se reproduire. Le malade alla de Paris à Baugey, où il eut pour camarades de lit, des compagnons dont aucun n'a jamais rien contracté de ce rapprochement. Depuis deux ans qu'il est à Troyes, il continue ses travaux et n'entre à l'hôpital que quand l'excès de travail fait gonfler la cuisse ou la jambe. ou quand il manque de linge pour son pansement.

Deux dessins coloriés sont réunis à cette observation. La maladie, située à la partie interne du genou, occupe une étendue de six pouces en longueur et d'un pouce en largeur; elle est disposée de manière à former une courbe dont la concavité est tournée en avant. L'espace occupé par la maladie est couvert de végétations rosées, pointillées de blanc, divisées supérieurement par des sillons transversaux, mais confondues à leur base. Ces végétations rappellent jusqu'à un certain point, l'aspect de la fraise. Il s'en écoule incessamment une sanie, qui s'épaissit à leur surface et mouille les linges de pansement.

Le malade affirme qu'il n'a jamais été en contact avec un individu atteint d'une affection semblable; qu'il n'a jamais eu aucun symptôme de syphilis. M. Bedor penche pour croire que cette affection se lie à la maladie scrofuleuse.

M. Rochoux et M. Chervin pensent que la maladie en question ne ressemble point au *pian* des Antilles. Suivant le premier de ces médecins, le *pian* ou *frambœsia* est une affection vénérienne ayant son siège dans le réseau muqueux; mais l'affection décrite par M. Bedor n'est pas comparable au *pian* et n'a rien de syphilitique. — M. Emery regarde comme douteuse l'existence du réseau muqueux et s'élève par conséquent contre le prétendu siège du *pian*. Il croit voir dans le dessein de M. Bedor, une dégénérescence particulière aux *eczémas* lorsqu'ils sont vieux et qu'ils se chargent de tubercules rouges et saignans à leur surface. — M. Moreau veut que l'on applique à deux maladies distinctes ces deux mots *pian* et *frambœsia* qui sont donnés comme synonymes. Le *frambœsia*, existerait sans cause vénérienne et le *pian* serait toujours un symptôme très-grave et très-contagieux de la syphilis. Le *pian*, ajoute-t-il, n'est pas si étranger à notre pays qu'on le suppose. Pendant les guerres de l'Empire, une grande quantité de prisonniers espagnols ayant été transportés à Dijon, ils y importèrent une épidémie de pian essentiellement syphilitique. Il ne faut donc pas confondre le pian avec l'affection décrite par M. Bedor, et qui paraît être le frambœsia.

Tumeur pulsative de nature douteuse. — M. Montault présente à l'Académie un vieillard qui porte à l'épaule gauche une tumeur du volume du poing, offrant sur toute sa surface des battemens synchrones à ceux des artères, mais appréciables au toucher et non à la vue. Cette tumeur occupe la partie postérieure du moignon de l'épaule, et recouvre l'acromion et la partie antérieure de l'épine de l'omoplate, qui paraissent être comprises dans la dégénérescence. La peau est saine. La compression de l'artère axillaire n'influe en rien sur les battemens de la tumeur; mais si l'on comprime la sous-clavière au-dessus de la clavicule, les battemens cessent immédiatement. L'humérus de ce côté est luxé sous l'apophyse coracoïde. Le malade remue le bras en avant et en arrière, mais il ne peut l'écarter beaucoup du tronc ni le relever vers la tête. La pression est douloureuse sur la tumeur, sur la tête de l'os luxé, et au pourtour de cette dernière. Cette affection date de deux mois seulement. Le malade, en relevant une fenêtre à guillotine, fut obligé, pour l'empêcher de retomber, de la soutenir vivement avec l'épaule gauche; au moment où il releva brusquement l'épaule dans cette intention, il ressentit une douleur, et les mouvemens du bras se trouvèrent subitement embarrassés. Il se forma alors une petite douleur qui se développa peu à peu. Cet homme remplit, comme auparavant, ses fonctions de fondeur de caractères d'imprimerie.

Séance du 17 février. — M. Gannal adresse des réflexions sur les nouveaux procédés de panification qui ont été soumis au jugement de l'Académie.

Prophylactique de la syphilis. — Un anonyme écrit à l'Académie pour lui demander si un mémoire sur ce sujet pourrait être lu en séance, ou seulement adressé au bureau, et si elle consentirait à nommer une commission pour vérifier les expériences qui seraient nécessaires pour l'appréciation du moyen prophylactique qu'il propose. Ces expériences n'exigeraient que le contact du pus vénérien, et pourraient être tentées sur des animaux. Suivant l'auteur de cette lettre, des lotions avec l'eau pure, ou même l'urine, suffiraient toujours, et il se fonde, pour avancer cette proposition, sur ce qu'il faut un temps assez long pour que l'irritation ou l'absorption ait lieu, et qu'en enlevant la cause de l'irritation ou la matière à absorption assez promptement, on prévient l'un et l'autre phénomènes. Il s'agit de grands intérêts, ajoute-t-il ; pendant 27 mois la garnison de Paris, forte de 15,000 hommes, a fourni plus de 1,300 vénériens dans un seul service du Val-de-Grace ; qu'on juge des malades que doit produire une armée de 400,000 hommes. Il y aurait donc intérêt autant pour le trésor que pour la santé publique.

Après une courte discussion, l'Académie passe à l'ordre du jour, par la raison qu'aucun membre présent ne connaît l'auteur.

Orthopédie. — M. Emery prend la parole à l'occasion du procès-verbal où l'on a fait mention du prospectus envoyé par M. Hossard à l'Académie. Il reproche à ce dernier de n'avoir point fait voir guéries les personnes qu'il avait montrées atteintes de gibbosités, il y a plus d'un an, et qu'il avait promis de guérir en un espace de temps assez court. — Il lui reproche surtout d'avoir mis dans son prospectus que son nouveau procédé a reçu l'approbation de l'Académie, ce qui n'est pas conforme à la vérité. — Une discussion s'engage à ce sujet. Plusieurs membres signalent divers abus auxquels il serait bon de porter remède ; M. Villeneuve demande qu'une commission soit nommée pour aviser aux moyens convenables. Adopté à l'unanimité.

Réseau muqueux de la peau. — M. Rochoux, revenant sur la discussion soulevée dans la dernière séance à l'occasion du pian, soutient l'existence du réseau muqueux cutané, et l'appuie des raisons suivantes : la rougeur qui monte aux joues ne saurait être attribuée ni à l'épiderme qui est inorganique, ni au derme qui n'a presque pas de vaisseaux ; il faut donc là un organe intermédiaire. Le même raisonnement s'applique à tous les exanthêmes. Il y a donc sous l'épiderme un véritable réseau très-vivant, très-vasculaire, qui est le siége de la majeure partie des affections cutanées. Tel est le siége du pian aux symptômes duquel M. Rochoux ajoute la présence d'une aréole d'un rouge très-vif autour des pustules, mais seulement chez les blancs et non chez les nègres, où rien de semblable ne s'observe. — M. Breschet ne conteste point la présence d'un réseau vasculaire sous l'épiderme ; en effet, Fohman y a montré, par l'injection de mercure, un réseau

lymphatique admirable ; il peut y avoir des veines également. Mais ce réseau est tout autre chose que ce que Malpighi et Ruysch ont nommé *corps* ou *réseau muqueux*, et qui n'est qu'une sécrétion inorganique du derme. Voici, suivant M. Brescbet, l'organisation de la peau : couche profonde ; le derme, dont la surface externe présente une infinité de petites papilles et une infinité de petits trous qui sont les orifices d'autant de petites glandes situées dans l'épaisseur du derme. Ces glandes sécrètent une sorte de mucus qui offre des couches d'autant plus concrètes qu'elles sont plus extérieures. La plus extérieure est l'épiderme proprement dit. Entre le derme et l'épiderme autour des pupilles, rampent une foule de petits vaisseaux lymphatiques ou veineux qui constituent un vrai réseau vasculaire. Enfin, pour terminer, d'autres vaisseaux ou canaux excréteurs traversent non-seulement le derme, mais l'épiderme même ; ils sont donc distincts des orifices qui sécrètent le mucus épidermique. M. Breschet les nomme *canaux sudorifères*.

Luxation congéniale du fémur. — M. Breschet présente à l'Académie trois pièces anatomiques relatives à la luxation congéniale du fémur, et qui lui ont été envoyées par M. Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen : dans la première, la cavité cotyloïde et la tête fémorale sont peu développées : celle-ci s'est logée dans la fosse iliaque externe, où elle ne s'est pas créé, à proprement parler, une fausse articulation ; dans la seconde, la cavité cotyloïde est à l'état rudimentaire ; la troisième pièce est une luxation accidentelle ; une nouvelle articulation s'est faite, un dépôt osseux s'est formé à l'entour. M. Breschet regarde ces pièces comme propres à corroborer son opinion sur la cause des luxations congéniales du fémur qu'il attribue à un défaut de développement.

Monstruosité. — M. Bourjot-Saint-Hilaire présente un monstre humain du sexe féminin, qui a vécu pendant six heures et a fait entendre quelques vagissemens. Il présente un avortement complet des membres supérieurs, avec la monstruosité appelée par Nicati *os fissum*, et vulgairement en Allemagne, *gueule de loup*, et qui est constituée par un bec-de-lièvre double, et la fissure du palais et du voile palatin. Ces deux monstruosités se rencontrent rarement réunies sur le même sujet.

Séance du 24 février. — M. Hossard écrit à l'Académie pour repousser les accusations dont il a été l'objet dans la séance précédente. Il attribue à une fausse interprétation d'une lettre qu'il avait reçue du secrétaire de l'Académie, la phrase de son prospectus dans laquelle il annonçait l'approbation de cette Société à ses travaux orthopédiques. S'il n'a pas présenté à la commission les malades qu'il avait promis de montrer guéris, c'est parce qu'il a pensé, d'après ce que lui ont dit les membres de la commission nommée par l'Académie des Scien-

ces, que des guérisons non suivies par les commissaires n'obtiendraient aucune confiance. A ce sujet quelques membres rappellent que M. Hossard a fait distribuer des annonces sur la voie publique, et proposent de rétracter la nomination de la commission chargée de l'examen des appareils de M. Hossard. M. Duméril, sans chercher à justifier la conduite de M. Hossard, qui du reste n'est pas médecin, fait remarquer à ce sujet, que l'Académie des Sciences a nommé une commission pour examiner ces mêmes appareils, et que cette commission semble devoir porter un jugement favorable sur ces moyens qui lui ont paru aussi simples qu'ingénieux. L'Académie de Médecine serait donc dans une position désagréable si elle se refusait à l'examen de procédés qui auraient été approuvés par un autre corps savant. Cette discussion n'a pas de suite.

Prophylactique de la syphilis. — L'anonyme qui avait écrit à ce sujet, et dont la lettre a été lue dans la séance précédente, envoie une nouvelle lettre avec son mémoire, auquel il a réuni son nom renfermé dans un billet cacheté. Il s'est fait connaître au président de l'Académie. Une commission est nommée.

Bouts de sein artificiels. — M. P. Dubois fait, sur les bouts de sein et les biberons de M.me Lebreton, un rapport où il affirme que ces bouts de sein lui paraissent très-utiles et préférables aux autres. Après une assez longue discussion, les conclusions du rapport sont acceptées avec la modification suivante : que les bouts de sein en liége et ceux de M. de Perrochel ont de grands avantages sur ceux de M.me Lebreton.

Contraction du muscle sterno-mastoïdien droit. — M. Amussat présente une fille de neuf ans qui, depuis l'âge de neuf mois, à la suite d'un abcès au cou, a une contraction du faisceau postérieur de ce muscle. Il se propose de diviser cette partie du muscle. Il a vu sur un autre malade une contraction pareille, mais du faisceau antérieur.

Tumeur anévrysmale de l'artère poplitée. — M. Sanson présente à l'Académie la jambe d'un individu âgé de 59 ans, qui avait une tumeur anévrysmale de l'artère poplitée, à parois cartilagineuses, qui a déterminé l'oblitération des artères de la jambe et la gangrène, et a nécessité l'amputation.

Académie royale des Sciences.

Séance du 9 février. — **Embryon humain vomi par un enfant de trois ans.** — M. Nicolo Poulo adresse la traduction d'une lettre de M. Joannis Vouros, médecin en chef du département des Cyclades. « J'ai eu, dit ce médecin, occasion d'observer récemment dans la ville

de Syra, que j'habite, un fait des plus rares : Un enfant mâle de trois ans et demi souffrait depuis quelques temps d'une helmenthiase assez grave ; dans la nuit du 26 au 27 octobre 1834, après avoir vomi plusieurs fois, il a fini par rendre un embryon humain.; j'ai constaté que c'était en effet un embryon qu'on me présentait, et la police qui soupçonnait quelque fraude, a fait faire des recherches, d'où il est résulté qu'il n'y avait eu réellement aucune supercherie. »

A l'occasion de cette lettre, M. Geoffroy Saint-Hilaire fait la communication suivante : « M. Giraudet, médecin à Cusset, près Vichy, a eu occasion d'observer un cas tout semblable dans le courant de juin dernier. J'étais sur les lieux, et j'ai reçu au moment le produit vomi, que j'ai apporté conservé dans la liqueur et examiné avec M. Milne Edwards ; nous avons remarqué des faits de môle sans distinction d'organes spéciaux. »

Lactoline, ou conserve de lait. — M. Grimaud présente une préparation qu'il désigne sous le nom de *lactoline*, et qui mêlée, avec les neuf dixièmes d'eau, reproduit exactement la composition du lait frais dont elle conserve aussi la saveur. Cette substance, dit-il, se conserve indéfiniment sans que l'humidité et la chaleur l'altèrent ; elle offre ainsi un moyen de faire arriver le lait de pays très-éloignés jusqu'à Paris où les vaches, mal nourries et tenues dans des étables imparfaitement aérées, périssent presque toutes de la pommelière.

M. Braconnot, poursuit l'auteur de la lettre, a déjà essayé de faire une conserve de lait qui réduit cette substance au sixième de son volume ; mais son procédé, qui est fondé sur la coagulation au moyen des acides, d'un côté prive le lait de la plupart de ses sels, entre autres du sucre du lait, tandis que de l'autre il ajoute une quantité de sous-carbonate de potasse pour rendre le coagulum soluble. Cette préparation chimique diffère dès-lors notablement du lait et n'en a plus du moins la saveur. La nouvelle préparation est due aux recherches de M. Gallais, ancien pharmacien, aujourd'hui fabricant de chocolats; elle consiste à enlever la partie aqueuse par l'évaporation, non pas à chaud, car il y a toujours altération, quelque attention qu'on apporte à ménager le feu, mais en mettant successivement, par une agitation convenable, toutes les parties du liquide en rapport avec l'air froid.

Lors des premiers essais, poursuit M. Grimaud, je voulus savoir si l'évaporation du lait et la concentration de tous ses principes n'apportaient pas quelque changement dans la disposition de ses globules. M. Turpin eut la complaisance de soumettre un peu de lactoline à l'analyse microscopique, et les globules de lait lui apparurent dans leur intégrité.

Jusqu'à présent, poursuit l'auteur de la lettre, le lait n'avait été employé qu'à la fabrication du beurre ou du fromage ; la lactoline

offre un troisième produit, un aliment à la fois très-agréable et très-sain.

Séance du 16 février. — Propriétés alimentaires de la gélatine. — M. Edwards lit un deuxième mémoire sur la gélatine considérée comme substance alimentaire. Dans le premier qui lui était commun avec M. de Balzac (V. *Archives gén. de médecine*; T. I, 2e Série), l'auteur s'était occupé de déterminer l'influence de la gélatine sur le poids de l'être soumis à ce régime, et pour arriver à des résultats décisifs, les expériences avaient été faites sur des animaux dont on pouvait disposer à volonté et qu'on pouvait soumettre aux plus rudes épreuves; mais afin que les résultats fussent susceptibles d'application à l'homme, l'espèce choisie pour les expériences était celle dont les fonctions digestives se rapprochent le plus des nôtres.

Pour bien connaître les effets de la gélatine, il était nécessaire de l'employer dans deux états différens : 1° à l'état de pureté, et par conséquent fade et insipide; 2° convenablement aromatisée.

Dans le premier cas, il a été prouvé, tant par les effets sur le poids du corps que par la durée des êtres soumis aux expériences, que la gélatine à l'état de pureté est alimentaire, il est vrai, mais qu'elle ne suffit pas seule pour entretenir la vie, et qu'il en était pour elle comme M. Magendie l'avait constaté pour bien d'autres substances alimentaires, pour celle même qui fait l'aliment par excellence de l'homme civilisé, pour le pain de froment, qui seul ne suffit pas pour entretenir la vie.

Les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient encore que le régime résultant de l'association du pain et de la gélatine était encore insuffisant, quoiqu'il retardât davantage le dépérissement que l'une ou l'autre des deux substances données isolément.

Quant à la *gélatine aromatisée convenablement*, c'est-à-dire, aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient que cette substance ainsi modifiée possède des qualités éminemment nutritives, de sorte que cette addition donnait au régime précédent toutes les qualités nécessaires pour entretenir le poids du corps et même favoriser son développement.

Dans les expériences faites sur les chiens, il avait été possible de juger jusqu'à un certain point du plus ou moins d'activité et de forces dépendant des variations de régime, mais on n'était pas arrivé à une mesure exacte. Dans des expériences faites sur les hommes, la sensation d'abattement ou d'énergie ne donnait encore que des à peu près : il devenait indispensable d'avoir recours à quelque moyen mécanique pour apprécier avec la rigueur nécessaire les variations de forces; mais avant tout il était nécessaire d'observer si, indépendamment du régime, il n'y avait pas des causes qui faisaient varier les

forces, et, dans les cas où l'on en reconnaîtrait, savoir si ces variations seraient soumises à quelque loi régulière.

Au moyen du dynamomètre, M. Edwards s'est occupé de mesurer les forces d'un même individu à cinq époques différentes de la journée : à sept heures du matin, onze heures, une heure après midi, sept heures et onze heures du soir. Ces expériences, répétées dix jours de suite dans les circonstances les plus semblables, les plus ordinaires et les plus simples, a donné pour la force des mains au dynamomètre les moyennes suivantes :

7 heures du matin...........	67°,7
11 heures.....................	72 ,1
1 heure......................	73 ,
7 heures du soir..............	71 ,2
11 heures.....................	67 ,7

Ainsi, depuis le lever, à sept heures du matin, jusqu'à une heure après-midi, la force a été croissante; ensuite elle a décliné dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis lors jusqu'à onze heures du soir. Ainsi, la marche des forces musculaires a été ascendante dans la première moitié de la journée, et descendante dans la deuxième; enfin les moindres intensités ont eu lieu aux deux extrémités de la journée, surtout au commencement.

Qui a pu déterminer cette mesure ?

Est-ce la nourriture prise dans la matinée une heure après le lever, qui a développé les forces pendant cette période? ou est-ce une marche naturelle à notre économie, indépendamment de toute cause excitante, étrangére.

Pour savoir à quoi s'en tenir, il fallait changer l'heure des repas; mais de manière cependant à ce que le sujet de l'expérience n'en souffrît pas. Le déjeûner, pris jusque-là à huit heures, fut remis à dix heures et demie. Dans cet intervalle, on constata au dynamomètre à 7 heures, 9 heures et demie, 10 heures et demie, l'état des forces de l'individu; la moyenne des trois expériences montra que, dans cet intervalle et sans qu'il y eût de nourriture prise, sans qu'aucune cause excitante appréciable eût agi sur les forces; elles s'étaient augmentées progressivement.

Ainsi donc, lorsqu'on est à jeûn, on peut éprouver depuis le lever un développement progressif des forces musculaires pendant une grande partie de la matinée, sans autre excitant que le jeu régulier de nos organes, et l'action la plus douce des agens extérieurs, même à l'abri de l'air libre et des rayons directs du soleil.

L'influence de la nourriture semble donc nulle en ce cas; cependant comme il est bien certain que cette influence existe, pour en mettre en évidence les effets, il fallait changer ce procédé. Le moyen auquel M. Edwards s'arrêta fut de faire l'essai du dynamomètre l'ins-

tant avant le repas, puis de le répéter immédiatement après et à des intervalles successifs.

D'après cette méthode, ayant pris l'état des forces à 7 heures, à 9 heures et demie et à 10 heures et demie, comme dans la série précédente, le déjeûner eut lieu immédiatement après; aussitôt qu'il fut achevé, on fit de nouveau l'essai des forces musculaires, et l'on trouva qu'elles avaient considérablement augmenté; elles étaient accrues de 7°. Cet effet, pour ainsi dire instantané, ce développement soudain de forces par le seul fait de l'ingestion des alimens, évalué, comme nous l'avons dit, à 7° du dynanomètre, correspond à une augmentation de pression de 14 livres.

La moyenne de cinq jours confirma ce résultat; l'indication était de 76°8 immédiatement avant le déjeûner, et de 80°,5 aussitôt après.

Quoique les alimens aient pour effet de rétablir nos forces, on ne s'attendrait peut-être pas à voir cet effet si soudain; mais ce point sera discuté plus tard. Pour le moment, voyons quelle influence exerce la qualité des alimens.

Le repas dont il a été question consistait dans une tasse de chocolat à l'eau et un petit pain; il s'agissait d'abord de savoir si l'eau qui en faisait partie pouvait produire la totalité ou une partie des effets constatés.

Ainsi, dans des circonstances parfaitement semblables et le lendemain des expériences précédentes, la même personne fit l'essai de l'eau pure dans la proportion où elle entrait dans la tasse de chocolat, et après le même intervalle de temps (8 minutes) elle eut recours au dynanomètre qui, au lieu d'augmentation, indiqua une diminution de 2°; l'expérience répétée trois jours de suite donna le même résultat.

Le second élément à apprécier était le sucre qui fut essayé associé à l'eau, mais l'eau sucrée donna aussi une diminution sensible.

On fit ensuite l'essai du chocolat sucré et préparé avec la quantité d'eau habituelle, mais cette fois il n'y eut non plus diminution, mais augmentation de 3°,7 au dynanomètre. Ce résultat fut le même dans les trois jours d'expérience.

Ainsi, des parties qui constituaient le repas, les seules qui aient agi pour élever les forces, sont le chocolat et le pain.

Les expériences suivantes eurent pour but d'examiner, et toujours de la même manière analytique, les effets de la gélatine sur les variations des forces musculaires. On commença par le bouillon ordinaire, mais l'usage étant de le prendre très-chaud, il devenait indispensable d'apprécier les effets de la température élevée, car dans les expériences précédentes l'eau sucrée avait été donnée à la température de l'air.

On but donc huit onces d'eau à 40°, température ordinaire du bouil-

lon lorsqu'on le prend ; après un intervalle de huit minutes, comme dans les séries précédentes, le dynanomètre indiqua une diminution de forces de 3°3 ; même résultat trois jours de suite. Ainsi l'élévation de température, loin d'exciter les forces, les avait au contraire abaissées, puisque l'ingestion de l'eau à la température ordinaire avait amené une moindre diminution.

L'effet de la température ainsi constaté, on fit l'essai d'un bouillon de très-bonne qualité ; l'effet fut des plus énergiques, et dans quatre jours l'augmentation soudaine fut de six degrés au moins, de huit au plus.

Il faut observer, dit l'auteur, que cette mesure ne représente qu'une partie de l'énergie due à l'aliment, puisque l'eau, d'une part, et la température de l'autre, tendent à abaisser les forces. Mais ce qui dans le bouillon a produit l'effet ascendant, effet dont une partie seulement est apparente, n'est autre chose que la *gélatine dûment assaisonnée*. Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que cette substance est, de toutes celles qu'on a essayées par la suite, celle qui a amené le plus grand et le plus prompt développement des forces musculaires.

Le bouillon de la compagnie hollandaise fut ensuite essayé pendant sept jours, et a donné des résultats tout semblables à ceux du bouillon de ménage. Il fallait maintenant essayer du bouillon à la gélatine.

La règle pour la confection de ce bouillon, qui consiste à substituer deux onces de gélatine aux trois quarts de la viande qu'on emploierait pour la même quantité d'eau fut ponctuellement suivie. Il en résulta un bouillon qui, au goût, ne se distinguait point du bouillon ordinaire. Pris à la même heure et dans les mêmes circonstances où l'on avait essayé le premier, il donna au dynamomètre un accroissement de forces à neuf degrés, c'est-à-dire plus grand que dans les expériences précédentes, où la moyenne était de sept degrés.

Toutes les expériences dont nous venons de rendre compte étaient faites sur la même personne et, dit l'auteur, il fallait bien que cela fût ainsi, si l'on voulait obtenir des résultats comparables. Mais par cela même qu'ils sont individuels, il n'est permis de les généraliser qu'après avoir soumis aux mêmes épreuves un assez grand nombre de personnes, non pas dans les mêmes détails, ce qui serait presque impossible, mais de manière du moins à s'assurer que les tendances observées chez l'individu, le plus complètement éprouvé, représentent bien les tendances générales de l'espèce.

Graces aux concours bienveillant de M. Voluson, chef de bataillon du 43e et de M. Merle, chirurgien du régiment, 31 soldats de la compagnie du centre furent mis en expérience ; l'épreuve du dynamomètre, faite immédiatement avant et immédiatement après le déjeuner ›

donna un accroissement moyen de forces équivalant à 3 degrés environ c'est-à-dire avant le repas, 79°, 87 après 82°, 83.

Il était intéressant de savoir si le même phénomène se reproduirait à une époque plus avancée du jour. Nous avons vu en effet qu'il y a variation des forces suivant les périodes du jour. Mais c'est sur le premier individu qui avait servi aux expériences, qu'on a cru devoir constater la différence qu'il pouvait y avoir selon les repas. On n'en reconnut aucune ; mais chez les 31 militaires il y eut une différence, et l'augmentation de force, dont la moyenne avait été de 3 degrés après le déjeuner, fut de près de 5° après le dîner ; savoir : avant le dîner 77°, 32, après, 82°, 16.

Afin de donner une base plus large à ces résultats, ces recherches furent étendues à une autre compagnie du même régiment, compagnie composée d'hommes également doués d'une grande force ; mais dont la constitution physique était différente. Les expériences faites sur 26 grenadiers, donnèrent des résultats analogues, mais plus prononcés encore ; ainsi, la différence avant et après le déjeûner était de 4° (3° pour le centre), celle avant et après le dîner 6° (centre 5°).

Nous avons pu, poursuit l'auteur, soumettre au même genre d'épreuves les données que nous avions obtenues sur l'effet du bouillon ordinaire, car les deux repas des militaires commencent par la soupe au bouillon de viande. On essaya donc les forces des mêmes militaires de la compagnie du centre et de celle des grenadiers immédiatement avant la soupe et de suite après, non seulement au déjeuner mais encore au dîner.

Compagnie du centre, augmentation après la soupe.

Au déjeuner........................	1°, 42
Au dîner........................	4°, 51

Grenadiers.

Au déjeuner........................	3°, 93
Au dîner........................	5°, 35

Ainsi les résultats fournis par la personne qui s'est soumise aux premières épreuves, coïncident parfaitement avec la moyenne des données obtenues dans les recherches en grand sur les militaires. Cette personne peut donc être regardée comme type des dispositions de l'espèce, et dès lors on peut s'en reposer avec confiance sur les résultats qu'il fournira dans le cas où la vérification en grand ne saurait avoir lieu.

Nous avons dit que les résultats obtenus sur le premier individu s'accordent avec la moyenne de ceux que fournissaient les militaires ; il reste à parler des écarts observés chez ceux-ci.

Quelle est la nature de ces écarts ? les résultats particuliers diffèrent-ils seulement par le degré, ou s'en trouve-t-il en sens contraire ?

C'est ce qu'il est important de faire connaître. Or, voici ce qui a été observé :

Les 26 grenadiers ont tous montré augmentation de forces, après le déjeuner ; des 31 militaires du centre, 25 ont eu de même augmentation de forces, après le dîner 28.

Dans 4 cas seulement on a observé diminution de forces après le déjeuner et après le dîner.

En tenant compte de la manière dont sont formés les régimens, on pouvait donc établir en règle générale que chez les hommes forts il y a augmentation de force après chaque repas modéré et convenablement composé, et il y avait lieu de soupçonner que les exceptions observées provenaient de ce que quelques-uns des sujets soumis à l'expérience n'étaient pas des *hommes forts*. Un moyen se présentait de vérifier ce doute, c'était de répéter les essais sur des individus plus faibles soit en raison d'un état maladif, soit en raison de leur âge. M. Hubert, instituteur à Versailles voulut bien permettre qu'on fit dans son pensionnat les expériences aux heures et dans les circonstances convenables. Chez ces jeunes gens la moyenne des résultats fut en sens contraire de ce qui avait été observé chez les militaires.

Ainsi, chez des individus qui présentent en raison de leur âge une faiblesse relative dans une constitution saine et normale, il y a en général abaissement des forces musculaires immédiatement après le repas; mais cette tendance descendante, comme le prouvent les nombres observés, est beaucoup moins prononcée que la tendance en sens contraire qui a lieu dans les mêmes circonstances.

Ce contraste entre les effets immédiats des alimens sur les forces musculaires, suivant la force ou la faiblesse des individus, mérite de fixer l'attention. L'élévation ou la dépression des forces qui suit l'ingestion des alimens, est pour ainsi dire instantanée; c'est un effet de contact passager, et qu'il faut bien distinguer des effets subséquens dus à la digestion des substances ingérées. Cette opération commençant immédiatement après l'arrivée des alimens dans l'estomac, tend à concentrer vers cet organe les forces de l'individu, et par conséquent à contrebalancer l'autre effet. Ainsi, il y a après l'ingestion des alimens deux tendances opposées, et c'est seulement leur différence que fait connaître le dynamomètre. Cette différence est en moins chez les personnes faibles, et en plus chez celles qui sont vigoureuses.

Si la quantité des alimens est modérée, l'appel de force vers l'estomac sera moindre, tandis que l'excitation produite par le contact sera plus grand qu'à la fin du dîner; c'est ce qui a été reconnu en effet chez plusieurs femmes. Or, poursuit M. Edwards, c'est là un des plus grands avantages du bouillon, c'est-à-dire de la gélatine aromatisée, qui, sous ce rapport, ne saurait avoir d'équivalent.

L'individu qui s'était soumis aux premières expériences, ayant

fourni des données parfaitement concordantes avec les moyennes d'observations faites en grand, on pouvait le considérer comme type et se dispenser de vérifier les autres résultats obtenus sur lui. Cependant en raison de l'importance de la question. Il était nécessaire de faire exception pour un de ces résultats, celui qui avait fait reconnaître l'action puissante du bouillon à la gélatine pour développer rapidement les forces musculaires. Un grand nombre d'amis de l'auteur ont eu la complaisance de se présenter à cette épreuve. Tous après avoir pris cette soupe faite suivant les règles, et dont le goût ne différait en rien de celui de la soupe ordinaire, ont montré une augmentation notable de forces musculaires.

Les expériences ont été répétées à l'hôpital Saint-Louis, graces à l'obligeance de M. Jourdain, administrateur de l'hospice, du médecin en chef M. Alibert et de M. Biett.

A l'heure du dîner, époque où le repas commence par une soupe faite par une solution de gélatine aromatisée par la proportion prescrite de viande, un certain nombre de malades, hommes des salles de M. Biett, ont été mis à trois épreuves du dynamomètre ; l'une avant, l'autre après la soupe, et la dernière à la fin du repas. Voici quelle a été la moyenne des résultats.

Avant la soupe à la gélatine.............. 66°
Après.. 68°

Des expériences analogues ont été faites sur trente-sept femmes des salles de M. Alibert, les moyennes ont été :

Avant la soupe à la gélatine.............. 45°
Après.. 48°

Dans les deux cas il y a eu, à la fin du repas, une augmentation moyenne de forces.

« Tous ces résultats, poursuit M. Edwards, font connaître l'effet du bouillon à la gélatine aromatisée par la viande, tel qu'il est prescrit par l'auteur et tel qu'il est préparé à Saint-Louis. »

On pourrait penser que le rôle de la gélatine se borne à sustenter le corps sous le rapport des matériaux qui le constituent, mais que l'excitation des forces dépend uniquement de la partie sapide et odorante du bouillon. Pour décider de cette question par l'expérience, deux espèces de bouillons ont été préparés qui ne différaient que par la quantité de gélatine aromatisée. Ainsi, dans l'un il y en avait deux onces, dans l'autre quatre, et pendant trois jours la personne qui avait servi pour les premières expériences a fait usage de ces bouillons. Celui qui ne contenait que deux onces de gélatine aromatisée a produit un accroissement de forces de 9°; celui qui en avait 4 a donné 11°, 34.

Ainsi, dit M. Edwards, on peut énoncer en thèse générale que l'intensité d'action de la gélatine sur les forces musculaires tend à croître

avec la proportion de cette substance; d'où il suivrait que le bouillon fait avec deux onces de gélatine et une livre de viande agirait ou tendrait à agir plus énergiquement sur les forces musculaires que le bouillon ordinaire préparé avec quatre livres de viande.

L'influence fortifiante de la gélatine par elle-même a été confirmée par un nouveau résultat, c'est que l'action fortifiante du bouillon avec le maximum de gélatine a eu non-seulement une plus grande intensité, mais aussi une plus grande durée, car il ne faut pas supposer que ces deux termes, intensité et durée, soient toujours en rapport.

Pour ne laisser aucun doute sur la part active de la gélatine dans l'élévation des forces, M. Edwards a essayé la gélatine pure extraite des os par l'appareil de l'hôpital Saint-Louis; une solution prise trois jours de suite aux mêmes heures, et dans les mêmes circonstances que dans les circonstances précédentes, a donné un accroissement notable de forces.

Ici se terminent les expériences faites par M. Edwards. Une troisième partie qu'il fera imprimer, mais qu'il ne se propose pas de lire à l'Académie, est relative à la partie pratique de la question, et se compose d'un ensemble de faits observés en différens lieux, classés et discutés par l'auteur.

Séance du 23. — Forces musculaires de l'homme. — M. Dufilholin annonce avoir fait avec le dynamomètre des expériences dont les résultats diffèrent de ceux qu'a obtenus M. Edwards, relativement aux variations qui se montrent dans l'énergie des forces musculaires chez l'homme, suivant l'heure de la journée et suivant les repas. M. Dufilholin dit avoir reconnu : 1.° que la force musculaire évaluée au dynamomètre de Regnier, n'augmente pas du matin au soir; 2.° qu'immédiatement après le repas, cet instrument indique plutôt un affaiblissement qu'une augmentation de forces. L'auteur de la lettre prétend enfin que le moyen employé par M. Edwards n'est pas de nature à donner des résultats assez précis pour qu'on en puisse déduire des formules générales.

— M. Népomucène Lemercier lit une dissertation sur l'orthophrénie. Nous reviendrons sur cette lecture scientifique de l'un de nos premiers auteurs dramatiques.

— M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit une note ayant pour titre : *Des services rendus aux sciences par les théories synthétiques* et *unitaires; et de l'application de cette vue à des points principaux des études de la loi universelle.* La nature de cette dissertation ne permet guère d'en donner dans une analyse d'autre idée que celle qu'on peut se former en lisant le titre.

VARIÉTÉS.

Hôpital de la Faculté.

Le chef actuel de la Faculté de médecine de Paris aura laissé des traces brillantes de son décanat. Parmi ses titres nombreux à notre reconnaissance, nous nous bornerons à signaler la création des cliniques de l'école de médecine. On ne pourrait révoquer en doute aujourd'hui l'importance, l'absolue nécessité de cet enseignement au lit du malade, le premier de tous, et qui est cependant d'une origine toute moderne parmi nous. Le zèle constant et éclairé de M. Orfila l'a agrandi au sein de la capitale.

Trois clinique, médecine, chirurgie et accouchemens, ont été établies dans le bâtiment situé en face de l'école de médecine, désigné sous le nom d'*hôpital* ou *clinique de perfectionnement*, et aujourd'hui *hôpital* ou *clinique de la Faculté*, à laquelle il appartient désormais. Ce bâtiment a subi de nombreuses et importantes modifications : quatre vastes galeries en arcades, destinées à servir de promenoirs pour les temps de pluie, une cour quarrément divisée par de belles allées comprenant des parterres cultivés et faisant office de jardin ; de larges escaliers qui conduisent aux salles et dépendances du premier et unique étage; des salles bien distribuées, éclairées par de grandes fenêtres, chauffées par de vastes poëles en fayence, et pouvant facilement contenir 140 lits en fer ; tel est très-sommairement le nouvel hôpital dont M. Orfila a doté la Faculté de Paris.

Les trois cliniques de la Faculté sont remplies par trois professeurs jeunes et pleins de zèle. M. Rostan chargé de la clinique de médecine, soutient une réputation justement acquise. M. J. Cloquet enseigne la chirurgie comme M. Rostan la médecine, de manière à former de véritables praticiens. Le mérite éprouvé de ces deux professeurs nous dispense d'en parler plus longuement. La troisième clinique, de création toute nouvelle, est occupée par un professeur nouveau, M. Paul Dubois. Tous les vœux appelaient depuis long-temps cet enseignement destiné à rendre d'immenses services. Le professeur chargé de la chaire de clinique d'accouchemens, ne contribuera pas peu à en faire apprécier l'importance : profondément versé dans l'art et la science qu'il doit enseigner, distingué par une élocution facile et élégante, M. P. Dubois paraît avoir la qualité beaucoup plus rare de savoir habilement faire ressortir des cas qui se présentent tous les sujets d'instruction qu'ils contiennent. Tout était à faire dans ce nouvel ensei-

gnement; nul précédent ne pouvait guider le professeur dans la marche qu'il devait suivre. Mais le succès qui a couronné ses efforts n'en est que plus honorable, et le nombreux concours d'élèves qui se pressent à ses leçons en sont tous les jours le témoignage. Nous devons aussi signaler les heureuses dispositions du local destiné à la clinique d'accouchement; dispositions par lesquelles on a su concilier la santé des femmes avec les besoins de l'enseignement.

Mort de M. Dupuytren.

Au moment où nous nous félicitons des acquisitions récentes de la Faculté de Paris, nous avons à déplorer la perte que l'enseignement vient de faire par la mort d'un de ses plus puissans soutiens. M. Dupuytren y laisse un vide qui, sans doute, de longtemps ne sera point comblé; car ce n'est qu'à de longs intervalles qu'on voit apparaître de semblables hommes.

M. Dupuytren était né à Pierre-Buffière, département de la Haute-Vienne, le 5 octobre 1778. Il arriva en 1790 à Paris, où il fut pris en amitié par Thouret, qui le jugea promptement et pronostiqua son brillant avenir d'une manière assez singulière: « La ville de Montpellier, disait-il, lorsque la Faculté de cette ville réclama Dupuytren, jeune encore, pour lui donner une chaire d'anatomie, n'est pas assez riche pour payer un tel homme. » Dupuytren fut nommé prosecteur en 1795, lors de la réorganisation de l'Ecole de Médecine, avant l'âge de 18 ans, et en 1801 il était chef des travaux anatomiques. Il sut tirer un beau parti de cette position. Bichat avait donné un grand essor à l'anatomie des tissus; et, à la fin de sa vie, il avait jeté une lueur éclatante sur l'étude de l'anatomie pathologique. Dupuytren réalisa en quelque sorte les projets de Bichat, mais dans un autre sens et avec un autre esprit. Si l'on s'en rapporte à la date des premiers travaux qui ont été faits dans cette voie, il fut le chef de l'Ecole anatomico-pathologique française; car Bayle et Laennec, auxquels on donne ce titre, et qui l'ont mérité en effet par leur persévérance dans cette carrière qu'abandonna Dupuytren pour d'autres destinées, Bayle et Laennec commencèrent leurs travaux sous la direction de ce dernier. Cependant malgré des occupations d'une toute autre nature, Dupuytren conserva toujours un goût très-vif pour la science à laquelle il dut sa première illustration, et dont il ne cessa de favoriser les progrès. Nous verrons qu'elle eut les derniers vœux de sa vie. L'enseignement oral fut également cultivé par Dupuytren avec un succès remarquable. Il devait quelques années plus tard régner en quelque sorte au sein de l'Hôtel-Dieu, le premier établissement de la France. Sa marche fut rapide: chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu en 1803, professeur de médecine opératoire en

remplacement de Sabatier en 1812, professeur de clinique chirurgicale en 1815, il devint enfin chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1818. Ce qui ajoute à l'éclat de tous ces titres, c'est qu'il les dut pour la plupart au concours, et qu'il eut à les disputer à des hommes qui se sont élevés au premier rang parmi les illustrations contemporaines.

Placé sur ce vaste théâtre où tant de grands chirurgiens s'étaient illustrés en servant l'humanité, Dupuytren se voua tout entier à l'enseignement et à la pratique d'un art qu'il sut rehausser par une imposante réunion de qualités rares. Doué d'une activité infatigable, d'une force de volonté devant laquelle cédaient tous les obstacles, il organisa le plus beau service chirurgical qui ait été vu. Là brillèrent son art profond de diagnostic, son habileté extrême dans les opérations, la fertilité de son esprit, la promptitude et la précision de son coup-d'œil, la facilité avec laquelle il trouvait toutes les ressources qu'exigeaient les circonstances et la sûreté avec laquelle il en faisait l'application.

Bien plus remarquable par la manière dont il enseignait et pratiquait son art que par les découvertes dont il l'a enrichi, il ne sera jamais mis, sous ce rapport, à côté des J. L. Petit, des Pott, des Desault. Car quelque mérite qu'on doive accorder à divers procédés qu'il a introduits, à ses recherches sur les fractures du péronée, sur les luxations congéniales de la cuisse, sur les anus contre-nature, à sa méthode ingénieuse de traiter la grenouillette, à la modification qu'il a fait subir à l'aiguille à cataracte de Scarpa, à son procédé de taille bi-latérale et son lithotome double, etc., ce ne sont pas là des titres qui soient en rapport avec la réputation d'un des premiers chirurgiens du siècle. C'est, comme nous l'avons dit, dans sa haute intelligence de toutes les parties de la science, c'est dans les habiles applications qu'il en faisait, c'est enfin dans le talent avec lequel il savait les exposer, que se montra réellement son incontestable supériorité. Ses leçons de clinique où tous les points de la chirurgie ont tour à tour été traités, ont laissé des souvenirs ineffaçables dans l'esprit des chirurgiens qui se sont formés à son école.

Les éloges n'ont pas manqué à M. Dupuytren depuis qu'il est descendu dans la tombe; et nous nous plaisons à rendre un plein hommage à la haute capacité qui le distingua. Mais, comme on le dit si souvent sans être fidèle à cette maxime, si l'on doit des égards aux vivans, on ne doit que la vérité aux morts; et nous croyons ne pas devoir taire les graves inculpations dont M. Dupuytren fut l'objet.

Un caractère dur, froid, despotique, dominait dans les relations qu'il avait avec ses inférieurs ou ses subordonnés; et si M. Dupuytren eut parmi ses confrères un grand nombre d'ennemis, il les mérita peut-être par des procédés qui ne furent pas toujours honorables et par

des prétentions à une domination exclusive. On a long-temps gardé le souvenir de la retraite forcée de M. Pelletan, auquel M. Dupuytren devait peut-être plus que des égards. Enfin, la science elle-même pour laquelle il a montré une vraie passion, et à laquelle il a rendu de si éminens services, aurait désiré quelquefois plus de franchise et de bonne foi de sa part dans la relation des faits qui avaient eu lieu dans son service; et les concours, dont il s'est montré toujours partisan, l'ont vu trop souvent mettre ses passions à la place de la justice.

Le 15 novembre 1833, M. Dupuytren fut frappé d'une légère attaque d'apoplexie qui laissa un peu de déviation dans la bouche et de difficulté à s'exprimer. Ce fut alors qu'il partit pour l'Italie d'où il revint dans le courant du mois de mars suivant dans un état de santé satisfaisant en apparence. Depuis cette époque cependant, sa santé a toujours fléchi, et une pleuresie chronique a mis fin à ses jours, le 8 de ce mois.

A l'autopsie, qui fut faite 32 heures après la mort, on a trouvé dans le cerveau des traces évidentes et assez anciennes d'apoplexie. La cavité droite de la poitrine renfermait plus de quatre pintes de sérosité trouble, et offrait en outre, les diverses lésions anatomiques que l'on rencontre dans les cas analogues. Le cœur était hypertrophié, mais bien conformé et bien proportionné. L'œsophage était tapissé par une fausse-membrane, molle, facile à enlever; le reste de l'appareil digestif n'offrait rien de remarquable, si ce n'est un peu de rougeur en certains endroits et quelques follicules hypertrophiés çà et là. Les deux reins renfermaient une certaine quantité de petits graviers, mais en outre le rein droit était diffluent, comme une rate ramollie, transformé en une bouillie rougeâtre, analogue à de la lie de vin, et moins volumineux qu'à l'état sain.

Tout, jusqu'au convoi funèbre, devait être remarquable chez M. Dupuytren. Malgré une pluie mêlée de neige qui n'a pas cessé de tomber tout le matin, une foule immense s'était réunie auprès de la maison qu'il habitait. Le cortège, composé des professeurs de la Faculté, d'une députation de l'Académie de médecine et de l'Institut, d'un grand nombre de médecins, etc., pouvait à peine être contenu dans l'église Saint-Eustache. Après le service, ce sont les élèves qui ont porté le cercueil depuis le chœur jusqu'au cimetière. Là, des discours ont été prononcés par M. Orfila au nom de la Faculté de médecine, par M. Larrey au nom de l'Académie des sciences; par M. Pariset au nom de l'Académie de médecine, par MM. Bouillaud et H. Royer-Collard, et enfin par M. Teissier au nom des élèves de l'Hôtel-Dieu, discours dans lesquels ont été dignement appréciés les divers mérites du collègue, du professeur, du praticien, du maître.

M. Dupuytren a laissé une fortune immense qu'il dut, mais non toute entière sans doute, à sa profession. De cette fortune, il a géné-

reusement détaché la somme de 200,000 francs, destinée à fonder une chaire où l'on enseignât d'une manière régulière, la branche des sciences médicales qui a été l'objet de ses premiers travaux et de sa plus grande prédilection, l'anatomie pathologique. Daprès les conseils de M. Orfila, cette disposition testamentaire aurait été modifiée en ce sens que la somme accordée par M. Dupuytren servirait non seulement à la fondation de la chaire en question, mais encore à celle d'un musée d'anatomie pathologique, qui porterait le nom de son illustre fondateur. On a dit aussi que plusieurs autres sommes avaient été destinées à diverses fondations : ainsi l'on a parlé entr'autres d'une somme de 300,000 francs qui aurait pour objet un établissement servant d'asile à des médecins âgés, infirmes et sans fortune; mais nous ne possédons sur ce sujet aucun renseignement positif.

Accusation d'homœopathisme dirigée contre un élève en médecine.

Un événement assez singulier vient d'avoir lieu à l'Ecole secondaire de Médecine de Grenoble. Un élève en médecine, exerçant les fonctions *d'externe* au grand hôpital de Grenoble, et suivant la pratique particulière d'un médecin de cette ville, partisan de la doctrine d'Hanhemann, publie dans un journal une exposition des principes de cette doctrine. Dénoncé comme homœopathe au conseil de l'hospice, par l'un des médecins de cet établissement, il est destitué de son grade *d'externe*, par une décision du préfet; et la seule raison qui se presente pour motiver cette rigueur, c'est que les médecins de l'hôpital de Grenoble ne peuvent voir, avec confiance, l'exécution de leurs prescriptions entre les mains d'un jeune homme qui professe hautement des opinions médicales si manifestement en opposition avec les leurs.

Les détails nous manquent pour que nous puissions juger sainement cette décision en apparence entachée d'injustice et d'arbitraire. L'élève destitué, emporté par le zèle fanatique si commun chez les partisans de doctrines nouvelles, et en particulier chez les néophytes encore sincères de l'homœopathie, a-t-il substitué, dans l'exercice de ses fonctions, les décillionièmes d'Hahnemann aux prescriptions allopathiques de ses professeurs, ou bien, respectant son service auprès des malades de l'hôpital, s'est-il contenté d'être homœopathe dans son cœur, dans ses travaux particuliers, dans ses écrits, ainsi qu'il semble ressortir du texte même de la plainte des professeurs ? Dans le premier cas, on ne peut élever aucun doute sur la régularité et la convenance d'une telle destitution, qui n'exclue point du reste l'élève inculpé de l'Ecole où il a déjà pris ses incriptions, et où il peut continuer de les prendre. Dans le second cas, au contraire, la destitution est injuste, irrégulière, et nous ne saurions trop nous

élever contre une mesure qui foule aux pieds les droits les plus réels, et semble mettre les opinions scientifiques sous la dépendance de l'autorité administrative.

Réponse à la Réclamation de M. Laugier.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Vous avez accueilli de la part de M. Laugier une réclamation qui me concerne; j'attends de votre impartialité que vous voudrez bien insérer ma réponse dans votre prochain cahier.

La réclamation de M. Laugier porte sur trois points : 1.° *J'aurais omis de mentionner l'origine du plan suivant lequel mon* Traité de pathologie générale *a été écrit*; 2.° *M. Laugier n'aurait pas hésité à me communiquer*, en 1832, *un plan qui n'est autre que celui qui a été suivi dans mon Traité*; 3.° *je n'ai pas mentionné le droit qu'il pourrait avoir à faire un Traité de chirurgie, sans courir le risque de passer pour faire l'emprunt d'une méthode et d'un plan qui lui appartiendraient*.

J'ai dit, dans l'introduction de mon *Traité de pathologie générale* (*Voyez* tome I.er, page xxij) : « Nous avons trouvé la première idée de notre PLAN dans l'ouvrage de Cabanis (*Rapp. du phys. et du mor. de l'homme*; *Infl. des malad. sur la formation des idées*, tome II, §. IV), nous en avons trouvé ensuite une sorte d'application partielle dans la conception de *l'Anatomie générale* de Bichat. »

« Cabanis, le premier, ai-je ajouté (*loc. cit.*), a indiqué la véritable CLASSIFICATION des maladies : voici comment il s'est exprimé à ce sujet, etc. » Suivent des citations qu'il serait inutile de reproduire ici.

Voilà pour l'origine du plan que j'ai adopté, origine que vous trouverez sans doute suffisamment mentionnée.

Quant à mes relations scientifiques avec M. Laugier, c'est ici une question de bonne foi, question toute concentrée entre lui et moi : il avait, dit-il, commencé, en 1832, un ouvrage de chirurgie; je dois l'en croire sur parole, car *jamais* il ne m'a fait l'honneur de me montrer *deux lignes* de son ouvrage, tandis que je m'empressais de mettre *sous* ses yeux tous mes manuscrits.

Dans tous les cas, il n'avait pu songer à la composition d'un plan *tel* que celui-ci : resté chirurgien, comme cela devait être, M. Laugier proposait tout simplement de traiter les maladies en raison des tissus et des régions qu'elles peuvent affecter; si donc il s'était borné à rappeler le fait, rien n'eut été plus juste; mais venir revendiquer l'ensemble d'un plan et d'une méthode qu'il ne connaît peut-être pas encore à fond aujourd'hui, c'est une prétention au moins fort singulière.

Je me résume :

1.° Le plan adopté dans mon ouvrage n'appartient ni à M. Laugier ni à moi.

2.° Jamais, à ma connaissance, méthode synthétique n'a été conçue par M. Laugier.

3.° M. Laugier conserve le droit imprescriptible de faire ultérieurement un Traité de chirurgie d'après cette méthode, bien que cela ne me paraisse pas possible ; mais il devra se résoudre à courir le risque de passer pour faire l'emprunt d'une méthode et d'un plan qui ne lui appartiennent pas.

Dubois (d'Amiens).

Paris, 11 février 1835.

Nous avons admis, comme nous devions le faire, et la réclamation de M. Laugier et la réponse de M. Dubois. De chaque côté se trouve l'affirmation d'un fait de propriété, sur lequel nous n'avons pas de données suffisantes pour nous prononcer d'une manière absolue. Sans préjuger la question en ce qui touche M. Dubois, nous devons dire toutefois, que par suite des rapports que nous avons depuis long-temps avec M. Laugier, nous avions connaissance, ainsi que quelques autres de ses amis, de l'idée du plan dont il réclame au moins la co-propriété. Nous avons cru devoir placer cette note pour mettre fin, dans ce journal, à une discussion qui n'est plus que personnelle. (*Note du Rédact.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale, ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité, etc. ; *par* G. Andral, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris.* Paris, 1833. T. V. in-8. — *Maladies de l'encéphale.*

M. Andral est certainement un des hommes dont les écrits et les leçons ont contribué et contribuent encore le plus à l'instruction des élèves. Sans avoir, peut-être, autant que quelques-uns de ses contemporains, fait faire de progrès à la science, il l'a servie non moins utilement en la présentant sous des formes attrayantes, et en en propageant le goût et les principales connaissances. L'espèce d'impartialité dont il s'est fait une honorable obligation dans nos temps de partis et de systèmes, mais à laquelle il a eu tort, suivant nous, d'attacher un nom spécial, comme s'il se fût agi d'une méthode ou d'un système particulier, cette espèce d'impartialité, disons-nous, a popularisé ses travaux, et leur a donné une valeur à part de celle qui leur appartient sous d'autres rapports. Déjà, dans ce journal, nous avons rendu compte de la *Clinique médicale*, cet ouvrage qui a justement commencé la réputation de l'auteur, et dont le mérite est attesté par de nombreuses éditions. Dans la position d'impartialité,

d'*éclectisme*, où s'est placé M. Andral, vis-à-vis des doctrines générales et partielles, il serait certainement curieux d'examiner avec quelques détails la dernière édition de la *Clinique médicale*, qui, dans certaines parties, est un ouvrage entièrement nouveau : et c'est ce que nous proposons de faire. Aujourd'hui nous nous contenterons d'analyser le 5.e volume qui paraît pour la première fois, quoique portant le même titre que la deuxième édition à laquelle il a été ajouté.

Ce volume ressemble entièrement à ceux-ci pour l'ordre et la marche adoptés par l'auteur. Il est divisé en trois parties principales, la première consacrée aux maladies des méninges, la seconde à celles du cerveau, la troisième à celles du cervelet.

Après avoir rapporté un certain nombre d'observations désignées sous le nom de *maladies des méninges*, où l'on observe les lésions et les symptômes les plus variés, M. Andral fait, avec son talent ordinaire, un résumé où sont consignées toutes les notions qui lui sont fournies par ses observations, et celles que contiennent les annales de la science. Sous le rapport des lésions anatomiques, il est arrivé à cette conclusion que, dans le plus grand nombre des cas, ces lésions ont leur siège dans la pie-mère. Chaussier avait obtenu un résultat semblable. Sous le rapport des symptômes, la lecture de ce résumé laisse une incertitude pénible sur la valeur réelle des signes auxquels divers auteurs s'étaient trop pressés d'accorder une signification précise. Aucun des divers désordres que peut présenter la sensibilité ne co-existe constamment ou n'est lié nécessairement à telle ou telle forme d'affection des méninges ; aucune des altérations de motilité ne révèle rigoureusement telle ou telle forme de lésion anatomique. Parmi les lésions de l'intelligence, le délire est un symptôme constant, il est vrai, mais il n'appartient spécialement à aucune lésion anatomique. Il n'annonce pas plus rigoureusement l'inflammation des méninges de la convexité, que le coma n'annonce celle des méninges de la base du cerveau.

Parmi les observations d'où M. Andral a tiré ses conclusions, il en existe plusieurs auxquelles la dénomination de méningite ne paraît point convenir. Cette considération est de la plus haute importance, parce que des conclusions ne peuvent avoir de valeur qu'autant qu'elles sont déduites de faits semblables, et parce que le titre imputé à une maladie a une influence marquée sur la médication. On peut voir dans ces observations des *fièvres nerveuses*, des *délires aigus*, etc., etc., mais non des *inflammations*, dans la rigueur du terme. Sur quoi, en effet, établirait-on que la plupart de ces sujets étaient atteints de *méningite*? Est-ce parce que la pie-mère présentait une plaque rouge ? est-ce parce que sa sérosité était opaque ? etc., etc. Mais ces caractères anatomiques *isolés* ont trop peu de

valeur; journellement on fait l'autopsie de sujets dont les fonctions cérébrales étaient intactes, et dont cependant les membranes *péri-céphaliques* étaient bien plus profondément lésées. Après la mort causée par une maladie des organes de la poitrine, du ventre, etc., lorsqu'on observe quelque hypérémie, quelques traces d'épaississement ou d'opacité sur les enveloppes cérébrales, comme les malades n'avaient point déliré, on tient peu de compte de ces lésions qui se forment beaucoup plus souvent qu'on ne le pense communément. La violence même du délire, les mouvemens tumultueux, les soubresauts, les anomalies des sens, etc., ne sauraient être une raison suffisante pour justifier le mot méningite, puisque de tels phénomènes se voient dans des cas de pneumonie, de péritonite, de variole, de fièvre typhoïde, où rarement on peut trouver la lésion anatomique qui caractérise la méningite. Ces considérations n'ont point échappé sans doute à M. Andral, lorsqu'il répète que dans un grand nombre de cas les lésions anatomiques appréciables dans les centres nerveux ne suffisent point pour rendre compte des accidens et de la mort, et qu'au-delà de ces lésions anatomiques, appréciables à nos moyens actuels d'investigation, il existe des conditions morbides non constatées *qui les précèdent et qui tiennent sous leurs dépendances les désordres fonctionnels.* Toutefois, cette manière d'avoir disposé et dénommé les observations et réflexions qui constituent cette partie de l'ouvrage, jette quelque confusion sur le sujet.

La seconde partie, comme nous avons dit, a trait aux maladies du cerveau. En tête de ces maladies se place la congestion, ou hypérémie cérébrale. Suivant M. Andral, la plupart des symptômes qui se lient à une hypérémie cérébrale, peuvent se rencontrer dans un état inverse du cerveau, c'est-à-dire, dans l'anémie. Bien plus, ces symptômes n'indiquent *nécessairement* ni un état d'asthénie ni un état d'hypersthénie; ils peuvent être dus à une perversion qui résulte de ce que le cerveau *doit vivre d'une autre vie, par cela seul qu'il ne reçoit plus sa quantité normale de sang, et non plus seulement parce qu'il est moins excité.* Nous ne savons jusqu'à quel point cette manière de voir peut paraître claire à l'immense majorité des lecteurs! M. Andral repousse, avec raison, la dichotomie brownienne qui nous semble en effet insuffisante pour expliquer les divers états morbides de nos organes; mais ici ne quitte-t-il point le terrain solide des faits pour le sol mouvant des intuitions de l'esprit? Ne dépasse-t-il point les limites au-delà desquelles, dans l'état actuel de la science, l'intelligence humaine ne peut que se perdre? Avouons que ce sujet est encore fort obscur.

Dans ses études sur l'hémorrbagie cérébrale, M. Andral arrive à des conclusions qui détruisent complètement tout ce que l'on avait avancé, d'après un trop petit nombre de faits, sur le siége de

l'intelligence, sur celui de la puissance sous l'influence de laquelle s'exécutent les mouvemens volontaires, etc. : toute cette discussion est pleine d'intérêt. On aime à suivre l'auteur dans ses recherches sur les lésions de la motilité, sur celles de la sensibilité, soit qu'on la considère dans l'organe cutané, ou dans les membranes muqueuses, ou dans les organes des sens, soit dans l'encéphale lui-même; sur les lésions de l'intelligence; sur les lésions des fonctions des organes de la vie nutritive.

Ce chapitre est surtout remarquable en ce qu'il oppose aux écrivains qui localisent le point de départ des mouvemens des bras, des jambes, de la langue, etc., des faits qui détruisent leurs théories; il fait voir combien il est facile, en rassemblant tous les faits qui protègent une opinion, en étouffant tous ceux qui l'infirment, d'établir les systèmes les plus puériles. Comme dans tout le volume, mais ici surtout, on pourrait reprocher à l'auteur de ne pas assez généraliser. Pourquoi ne s'est-il pas attaché à poser le diagnostic différentiel de chaque affection cérébrale? Sans négliger les cas exceptionnels, posez votre diagnostic par approximation; laissez le moins possible la vérité en arrière. Voilà ce qu'un homme qui a autant observé que M. Andral pouvait faire avec succès.

Le chapitre consacré au ramollissement du cerveau mérite une mention toute particulière : malgré les travaux de MM. Lallemand, Rostan et Bouillaud, il n'existait point encore une description complète du ramollissement, et parce que le sujet offre des difficultés sans nombre, et parce que les auteurs ne l'ont presque toujours abordé qu'avec un esprit de préoccupation qui tenait à une position particulière, ou à un point de vue exclusif.

Après avoir relaté un certain nombre d'observations propres à faire ressortir les différences capitales que peut offrir le ramollissement du cerveau par rapport à ses symptômes, à son début, à sa marche, à sa durée, à sa nature, M. Andral a cherché à s'élever à la description la plus complète possible de cette affection, en rapprochant des faits recueillis par lui ceux qu'ont déjà publiés les différens auteurs. Passant à l'analyse de ces faits nombreux, il est conduit, d'après les groupes symptômatiques par lesquels se révèle le ramollissement, à distinguer des cas où le ramollissement se comporte à la manière des maladies chroniques, et d'autres cas où il se comporte à la manière des maladies aiguës : les premiers cas offrent une marche lente et simulent souvent une production accidentelle développée dans le cerveau. Les autres peuvent présenter une marche franche; alors le ramollissement s'accompagne de symptômes qui lui sont propres et qui permettent de le diagnostiquer sûrement; ou bien la maladie ne se révèle que par des symptômes qui appartiennent ou à l'hémorrhagie cérébrale, ou à certaines variétés de la méningite, et alors le diagnostic n'est plus possible.

Une grande question se présentait ici naturellement : quelle est la nature du ramollissement cérébral ? M. Andral en admet trois espèces : 1.° il existe des ramollissemens reconnaissant pour cause une hypérémie ; 2.° il en est où tout ce que l'on observe est la diminution de consistance du tissu cérébral qui a d'ailleurs sa coloration normale ; 3.° enfin, il est d'autres cas où la portion du cerveau ramollie est plus pâle que de coutume et amincie. Quant à la nature de la lésion, l'auteur admet des ramollissemens de nature sthénique, des ramollissemens de nature asthénique et des ramollissemens qui ne tiennent ni à l'une ni à l'autre de ces causes, qui dépendent d'une simple perversion des actions vitales, perversion qui arrive sous l'influence de conditions actuellement inconnues. Nous ne pouvons reconnaître, sous le rapport de la nature essentielle, que deux espèces de ramollissement du cerveau, par cause inflammatoire et par cause qui ne paraît pas se rapporter à l'inflammation. Dans cette dernière classe toute subdivision nous semble impossible, toute explication aventureuse.

La troisième ou dernière partie de ce volume a pour objet les maladies du cervelet. L'auteur y a consigné seize cas qui lui appartiennent; puis avant de tirer les conclusions, il rapproche de ces faits trop peu nombreux tout ce que la science offre d'un peu complet sur ce sujet, ce qui élève tous les faits qu'il a réunis à quatre-vingt-treize. Ce ne sont pour M. Andral que de simples matériaux qui ne suffisent point, comme il le dit, pour élever l'édifice : son unique but a été de poser quelques premières pierres. Il a voulu apprécier la valeur de ces faits, et marquer de quelle utilité ils peuvent être pour infirmer ou confirmer les différentes opinions qui ont été émises dans ces derniers temps, soit sur les fonctions même du cervelet, soit sur les symptômes auxquels il donne naissance, lorsqu'il est altéré dans son organisation, soit enfin sur les signes qui ont été donnés pour distinguer les maladies du cervelet de celles du cerveau.

Rien n'est plus propre que la lecture de ce volume à donner une idée de l'extrême difficulté qui accompagne l'étude des maladies de l'encéphale, puisque M. Andral lui-même affirme que sur ce point la science est tout à faire ; puisqu'il n'offre lui-même le résultat de ses longues recherches que comme des matériaux qui pourront contribuer à la solution des questions ardues que cette étude soulève. Le cinquième volume de la *Clinique médicale* annonce une grande érudition, une grande habitude de voir des malades, de décrire les lésions de tissu, un grand talent à saisir les symptômes ; mais surtout, et nous nous plaisons à le dire, un esprit droit, et qui ne désire que la vérité. C'est une mine féconde, un trésor pour la jeunesse, que les hommes systématiques égarent trop souvent.

J. H. Beger, *De reactione traumatica iridis et anterioris capsulæ parietis. Diss. inaug. Lipsiæ*, 1833. pp. 78, avec deux planches gravées.

L'auteur de cette dissertation a fait sur des lapins un grand nombre d'expériences pour examiner les suites que peuvent avoir les lésions traumatiques de l'iris et de la capsule crystalline. Ces expériences donnent lieu aux conclusions suivantes : 1° les lésions traumatiques de l'iris excitent en général une forte réaction; l'inflammation de l'iris qui en résulte se termine ordinairement par exsudation. Le sang épanché par suite de la lésion, est d'abord absorbé dans la chambre antérieure; celui qui est appliqué à l'iris ou coagulé dans la pupille disparait en dernier lieu. L'épanchement de sang est beaucoup plus abondant à la suite du décollement de l'iris, qu'après l'excision d'une partie de cette membrane; l'excision simple n'est suivie d'aucun épanchement ou du moins celui-ci est peu considérable;

2.° L'opacité du système lenticulaire suit souvent la lésion de l'iris, ce qui paraît dépendre d'une déchirure des vaisseaux, et non d'une lésion de la capsule crystalline, puisque cette dernière a été trouvée intacte à l'autopsie. Plusieurs fois le crystallin et sa capsule étaient colorés en rouge, probablement par l'absorption d'une partie du sang épanché. Peut-être la cataracte noire se forme-t-elle par l'absorption du pigment noir secrété en plus grande abondance. Assez fréquemment on voit des portions du pigmentum se détacher dans les lésions de l'iris ou de la choroïde;

3.° Le décollement de l'iris du ligament ciliaire occasionne la réaction la plus vive;

4.° Cette réaction est moins forte à la suite de l'excision d'une partie de l'iris. La pupille artificielle faite par cette méthode conserve aussi de la mobilité, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on a opéré par décollement;

5.° L'incision simple de l'iris se cicatrise le plus souvent de nouveau, et n'est par conséquent pas propre à la formation d'une pupille artificielle.

Relativement à la capsule crystalline, ces expériences ont montré que l'incision de la paroi antérieure occasionnait une réaction peu forte; que la plaie qui résultait de l'incision se cicatrisait quelquefois, et que d'autres fois une partie de la substance du crystallin s'engageait dans la plaie et empêchait la réunion; que les lésions de la paroi antérieure de la capsule n'avaient que peu d'influence sur la nutrition du système lenticulaire, attendu que le crystallin non déplacé conserve dans la majorité des cas sa transparence et son intégrité lors même que la paroi antérieure de la capsule est ouverte, et que par conséquent l'humeur aqueuse est en contact avec ce corps. Les faits prouvent que les blessures de la capsule crystalline n'occasionnent pas toujours la cataracte.

L'auteur rapporte, en passant, que dans toutes ses expériences il a vu qu'aussitôt qu'il avait détaché le globe de l'œil, après la mort des lapins, la pupille se resserrait en même temps que les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique se vidaient; ce qui réfute l'opinion de Haller et de Scarpa qui attribuaient le resserrement de la pupille à un afflux plus considérable de sang dans l'iris, par suite de l'influence de la lumière. Arnold a également observé ce rétrécissement de la pupille sur les lapins tués, quoique l'iris fût vide de sang.

L'opuscule du docteur Beger éclaircissant quelques points relatifs à la cataracte et à la formation de la pupille artificielle, mérite surtout l'attention de tous ceux qui s'occupent de la partie opératoire de l'ophthalmologie. V. STOEBER.

An Treatise on tubercular phthisis, or pulmonary consumption; by JAMES CLARK. Londres, 1834. in-8. (*Traité sur la phthisie tuberculeuse ou consomption pulmonaire*).

Ce Traité est un résumé complet et suffisamment concis de ce que nous connaissons sur la phthisie pulmonaire. Le docteur Clark a su rendre sa narration intéressante en y ajoutant un bon nombre d'aperçus ingénieux et susceptibles d'applications utiles. Persuadé qu'on aurait le plus grand tort de considérer la phthisie comme une affection locale, il commence par décrire ce qu'il appelle *constitution tuberculeuse* et *cachexie tuberculeuse*. La première n'est autre chose que la condition organique des sujets prédisposés héréditairement aux tubercules. Les signes sont tirés de l'aspect particulier de la face et du mode de développement du corps, de l'état normal de plusieurs fonctions importantes, et enfin d'une prédisposition toute particulière à certaines maladies. La cachexie tuberculense est cet état morbide dans lequel il ne faut qu'une irritation, même légère, pour provoquer le développement des tubercules: cet état où il y a imminence de tubercules. Le docteur Clark admet cinq variétés de phthisies, la phthisie aiguë, la phthisie chronique, une phthisie particulière aux enfans, une phthisie fébrile, et enfin une phthisie latente. Quant à sa description générale, elle n'offre rien de particulier. Nous passerons sur tout ce qu'il dit au sujet des symptômes, de l'anatomie pathologique et des complications de la phthisie, attendu qu'on y rencontre une foule de réminiscences françaises. Le docteur Clarck a consacré plusieurs chapitres à des recherches utiles sur la fréquence relative des tubercules suivant l'âge, le sexe, certaines occupations, le climat. Il a réuni quelques considérations curieuses sur la formation des tubercules chez les animaux. Après avoir étudié les causes de la phthisie, parmi lesquelles l'hérédité joue un grand rôle, il s'occupe à rechercher les moyens de prévenir le développement de la phthisie, en remontant jusqu'aux parens, et poursuivant la maladie dans l'enfant, dès le moment de sanaissance. Enfin, il passe en revue les différens traitemens qui ont été proposés contre cette cruelle maladie. Cet ouvrage est intéressant sous plus d'un rapport; l'auteur y a réuni un grand nombre de renseignemens qui existaient isolément, et nous a donné une histoire à peu près complète de la phthisie sous un volume peu considérable.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1835.

De la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement ; par A. DUPLAY, *chef de clinique à l'hospice de la Faculté.*

La suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, à la suite de l'accouchement, est une lésion dont l'étude remonte seulement à quelques années. Les progrès de l'anatomie pathologique, le soin que l'on apporta dans l'examen des différens tissus qui constituent les organes, firent découvrir cette altération qu'il est facile de méconnaître lorsqu'on ne la recherche pas avec soin. Mais jusqu'ici aucun travail spécial n'a été fait sur ce point de l'histoire de la métro-péritonite. On trouve bien çà et là quelques faits isolés, soit dans les ouvrages spéciaux sur les maladies des femmes, soit dans des thèses inaugurales soutenues par d'anciens élèves de la Maison d'accouchement, et entre autres par MM. Tonnellé et Danyau. Mais l'on ne peut, d'après ces faits séparés, étudier l'altération dont il est question dans tous ses détails ; on ne peut saisir quelle est au juste son influence sur la marche de la maladie dont elle n'est qu'un élément; on ne peut voir dans quels rapports elle se trouve avec les autres altérations qui accompagnent la métro-péritonite, et jusqu'à quel point elle peut être considérée

comme une dépendance, et comme une suite de ces dernières.

C'est dans le but de tâcher de résoudre quelqu'une de ces questions, que j'ai rassemblé tous les faits de suppuration des vaisseaux lymphatiques qui se sont présentés à moi pendant l'année 1830, époque à laquelle j'étais attaché en qualité d'interne à la Maison d'accouchement. Ces faits ont été recueillis en grande partie sous les yeux de Desormeaux, dont l'attention était dirigée vers ce point pendant l'hiver qui a précédé sa mort ; alors régnait une épidémie meurtrière qui enlevait un grand nombre de femmes en couches.

Nous allons commencer par donner quelques histoires particulières qui feront connaître et la marche de l'affection, et les caractères anatomiques avec lesquels elle se présente.

Obs. I.re — *Métro-péritonite. Mort rapide. Epanchement séro-purulent dans le péritoine. Ramollissement de l'utérus. Pus dans les vaisseaux lymphatiques.* — Marie Marguerite Jon***, âgée de 34 ans, d'un tempérament bilieux et sanguin, enceinte pour la première fois, entre dans la Maison d'accouchement le 28 décembre 1829. Pendant toute sa grossesse, elle avait été souvent indisposée. Dix jours avant son accouchement, elle entre à l'infirmerie des femmes enceintes pour une entérite. Il lui restait encore un peu de diarrhée lorsqu'elle accouche le 4 mars 1830. Le travail dure cinq heures, et la délivrance est naturelle. Le premier jour, cette femme n'éprouve aucun accident. Le 6 mars il survint une céphalalgie très-forte, de la fièvre, des coliques, et plusieurs selles en diarrhée. L'abdomen devient légèrement douloureux à la pression, et l'on prescrit une saignée de dix onces.

Le 7, le facies est altéré. La langue est humide; l'abdomen très-tendu, très-douloureux à la pression. Il présente un son obscur quand on le percute sur la région des flancs.

Plusieurs selles en diarrhée. Rien du côté de la poitrine. Pouls très-petit et très-fréquent. Pas de lochies. (Onguent napolitain ℥iij pour douze frictions sur l'abdomen ; demi-lavement d'amidon et de pavot ; gomme édulcorée 2 pots).

Le 8, prostration extrême; facies profondément altéré. Réponses lentes, difficiles; langue sèche. Abdomen tendu, ballonné, moins douloureux que la veille, parce que la malade n'a plus la conscience de ses douleurs. Selles involontaires ; pouls filiforme, d'une fréquence extrême. (Onguent napolitain ℥iij; un vésicatoire à chaque cuisse ; gomme édulcorée ; demi-lavement d'amidon et de pavots).

Le 9, l'état est le même, la malade meurt à dix heures.

Autopsie 24 heures après la mort. — Le crâne n'est pas ouvert.

Thorax. — Les poumons sont parfaitement sains, ainsi que le cœur.

Abdomen. — Epanchement séro-purulent jaunâtre dans lequel nagent des flocons de pus à demi-concrété. L'estomac est distendu par des gaz. La membrane muqueuse présente vers le grand cul-de-sac un ramollissement très-prononcé ; elle s'enlève très-légèrement avec le scalpel. Le reste du canal intestinal ne présente de remarquable qu'une décoloration de la membrane muqueuse qui est entièrement blanche. Du reste, elle ne paraît point altérée dans sa consistance.

Utérus très-volumineux, d'une consistance molle. A l'extérieur on observe çà et là quelques couches de pus concret. La couleur de l'utérus est d'un brun tirant un peu sur le gris. Ses parois sont minces ; elles présentent quatre lignes vers le fond, six vers la partie moyenne, et trois vers le col. La surface interne de l'utérus est d'un gris sale, couverte de mucosités lochiales. Au-dessous de cette couche et dans presque toute l'étendue de cette face, le tissu de l'utérus est comme ramolli et diffluent ; il est d'un

gris sale, et cette altération pénètre à deux lignes de profondeur.

Les veines ovariques, les veines utérines sont remplies d'un sang fluide; elles sont exemptes de toute altération.

Des vaisseaux lymphatiques nombreux se rencontrent sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, près des bords latéraux. Elles dessinent au-dessous du péritoine des lignes d'un blanc jaunâtre, alternativement renflées et rétrécies. Ils se dirigent vers les ligamens larges dans lesquels ils se perdent; leur calibre est à-peu-près celui des artères thyroïdiennes. Leurs parois ne présentent ni épaississement ni rougeur.

Les ligamens larges, les ovaires, les trompes sont infiltrés de sérosité.

Obs. II.e — *Métro-péritonite; pus dans le péritoine. Ramollissement de l'utérus; pus dans les lymphatiques. Ganglions lymphatiques sains.* — Opportune Fis...., d'une haute stature, cheveux roux, peau blanche, enceinte pour la seconde fois, accouche le 25 février 1830; jour de son entrée dans la Maison d'accouchement. L'accouchement est naturel; l'enfant naît vivant, du poids de six livres, et dans la première position du sommet.

Pendant les quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, l'état de la malade est excellent; mais dans le courant de la nuit du quatrième au cinquième, il survient du frisson et des douleurs très-vives dans l'abdomen. Le 1.er mars, à la visite, la face est rouge; la langue est humide, couverte d'un enduit blanchâtre. L'abdomen est douloureux à la pression dans toute son étendue. La respiration est pénible et difficile. Pas d'évacuations alvines depuis deux jours. Lochies assez abondantes. (Mauve et violettes édulc., trois pots; ipécac., gr. xviij; 40 sangsues; cataplasme; bain de siége, lavement émollient; diète absolue).

L'ipécacuanha provoqua plusieurs vomissemens et plu-

sieurs selles. Mais les douleurs ne diminuèrent pas ; aussi le soir appliqua-t-on 40 nouvelles sangsues. Pendant la nuit il y eut une agitation extrême, des douleurs vives, et plusieurs selles involontaires.

2 mars. Prostration déjà très-considérable; altération profonde des traits; langue humide, blanche; respiration pénible ; pouls petit, d'une fréquence extrême, et présentant quelques intermittences; sensibilité très-grande de l'abdomen. La malade a quelques rêvasseries. Déjections alvines involontaires ; lochies peu abondantes ; les seins sont flasques, et rien n'annonce le travail de la sécrétion du lait. (Gomme édulcorée ; onguent napolitain, ℥ iij pour douze frictions ; deux vésicatoires aux cuisses ; bain de siège ; diète).

Pendant la journée la prostration va toujours en croissant ; le facies s'altère de plus en plus. Le soir la malade ne parle plus, la respiration s'embarrasse, et la mort survient le lendemain à sept heures du matin.

Autopsie 26 heures après la mort. — Rien à l'extérieur du corps.

Thorax. Les poumons adhèrent à la plèvre costale par des brides celluleuses bien organisées; partout ils sont bien crépitans. Le poumon gauche présente vers la face externe de son lobe inférieur une plaque blanchâtre de plusieurs lignes d'étendue ; elle est formée par la plèvre qui a subi un épaississement et une transformation demi-cartilagineuse. Cette altération ne présente pas plus d'une demi-ligne d'épaisseur. Le cœur est sain ; son tissu est seulement un peu flasque.

Abdomen. La cavité péritonéale renferme un épanchement séro-purulent abondant au milieu duquel nagent des flocons albumineux d'un volume considérable. Le péritoine qui recouvre les intestins est fortement injecté. Quelques circonvolutions sont réunies par des brides très-molles au-devant de l'utérus; sur le cul-de-sac que forme le péri-

toine, il existe une grande quantité de pus bien lié et comme phlegmoneux.

L'estomac et le reste du canal intestinal sont remarquables par leur intégrité parfaite.

L'utérus ne présente à l'extérieur que quelques fausses membranes et quelques petites plaques d'un jaune très-tendre qui sont formées par un commencement d'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal. La hauteur de l'utérus est de cinq pouces, sa largeur de trois et demie. Ses parois sont molles; elles cèdent facilement sous la pression des doigts. Elles ont cinq lignes d'épaisseur vers le fond de l'organe, dix vers la partie moyenne du corps où s'insère le placenta, et trois vers le col. Sa face interne est recouverte d'une couche épaisse de lochies sanguinolentes. Au-dessous le tissu est généralement sain; seulement il existe sur la face antérieure et près du fond de l'organe, un point de la largeur d'un pouce carré, au niveau duquel le tissu est ramolli et réduit en une espèce de pulpe rougeâtre, dans une épaisseur d'une ligne environ. Le col de l'organe est tout-à-fait sain, et il présente quelques rides transversales.

Les veines utérines et les veines ovariques parfaitement saines, ne renferment que du sang fluide.

Vaisseaux lymphatiques. On voit serpenter au-dessous du péritoine et sur le côté droit do l'utérus, seulement deux ou trois vaisseaux lymphatiques qui se dirigent vers les ligamens larges dans l'épaisseur desquels ils vont se perdre. Les ganglions lymphatiques lombaires ne présentent ni tuméfaction ni rougeur.

Les ovaires, les trompes utérines de chaque côté sont infiltrés seulement de sérosité.

Dans ces deux premières observations, l'altération ne s'étend pas au-delà des vaisseaux lymphatiques. Les ganglions lombaires ne présentent rien d'insolite; ils ont leur volume et leur coloration naturelle. Il n'en sera plus de même dans les observations suivantes.

Obs. III.e — *Métro-péritonite ; ramollissement de l'utérus ; épanchement séro-purulent dans le péritoine ; pus dans les vaisseaux lymphatiques, mais seulement jusques dans l'épaisseur des ligamens larges. Simple rougeur des ganglions lymphatiques.* — Jeanne-Claudine Rev...., âgée de 33 ans, domestique, brune, d'un tempérament sanguin, était enceinte pour la quatrième fois. Ses grossesses antérieures avaient été heureuses. Pendant la dernière, elle éprouve des douleurs dans l'abdomen et de l'oppression ; on la saigne à six mois, et elle entre vers la fin de janvier à l'hospice de la Maternité, où elle accouche le 2 avril. Le travail ne présente rien de particulier. Mais le jour même, frisson, fièvre, douleurs assez vives dans l'abdomen, surtout à l'hypogastre. (40 sangsues ; cataplasmes ; bain de siége).

Pendant la nuit, douleurs lombaires très-vives ; fièvre. Lochies très-peu abondantes et d'une odeur fétide.

Le lendemain 3 avril, abdomen ballonné, très-douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre. Douleurs lombaires très-vives ; respiration pénible ; toux fréquente répondant douloureusement dans tout l'abdomen ; pas d'expectoration ; pouls fort et fréquent. (Saignée du bras, ℥viij ; looch blanc avec kermès, gr. j ; 40 sangsues à l'hypogastre ; cataplasme émollient).

Pendant la journée la malade éprouve un peu de soulagement ; mais pendant la nuit les douleurs se réveillent. Le 4, la face est pâle, les traits sont tirés, la langue est sèche et rouge, la soif très-grande, le pouls petit et fréquent ; la chaleur de la peau est vive ; l'abdomen est très-douloureux à la pression ; la respiration est pénible et difficile ; la toux fréquente. Les lochies coulent, mais peu abondantes et d'une odeur désagréable. (Mauve et violettes édulc. ; extrait de jusquiame, gr. vj ; calomel, gr. xij pour six bols ; bain de siége ; onguent napolitain, ℥iij pour douze frictions ; deux vésicatoires aux cuisses).

Pendant la journée, douleurs toujours vives. Plusieurs vomissemens dans la matière desquels se trouvent plusieurs ascarides lombricoïdes : pendant la nuit, agitation extrême.

Le 5, face pâle, profondément altérée; teinte légèrement jaunâtre; langue rouge et sèche; nausées fréquentes; abdomen toujours très-douloureux à la pression; pouls petit et fréquent; extrême anxiété; respiration courte, haletante. L'auscultation et la percussion ne fournissent aucuns signes. Les lochies présentent toujours beaucoup de fétidité. (Orge, chiendent édulc., deux pots; potion gommeuse avec magnésie, ʒß; onguent napolitain, ℥ij pour huit frictions; injection d'eau d'orge dans l'utérus).

Pendant la nuit, vomissemens nombreux, diarrhée très-forte. Cinq selles en diarrhée.

6. Décubitus sur le dos; face profondément altérée; langue rouge, sèche. Abdomen toujours douloureux; diarrhée. Lochies peu abondantes et fétides; la peau est très-chaude; la malade éprouve des douleurs dans tous les membres. (Orge, chiendent édulcorés; onguent napolitain, ℥ij; lavement émollient; injection d'eau d'orge dans l'utérus).

7. La malade est presque entièrement étrangère à ce qui se passe autour d'elle; sa face est pâle, jaunâtre et de plus en plus altérée; la langue est sèche, rouge, la soif très-vive. L'abdomen est tendu et ballonné; la respiration est bruyante et difficile. Le pouls est presque imperceptible, irrégulier et très-fréquent. Il y a des rêvasseries. (Même prescription que la veille).

L'état de la malade s'aggrave pendant la journée; le soir elle est agonisante, et le lendemain elle meurt à cinq heures du matin.

Autopsie 30 heures après la mort. — Le crâne n'a pas été ouvert.

Il existe dans chaque côté du thorax environ un demi-verre de sérosité citrine. Les poumons sont parfaitement crépitans; le cœur est sain.

L'abdomen renferme une grande quantité de matière séro-purulente. Les intestins sont couverts çà et là de fausses membranes et de flocons de pus. La tunique péritonéale offre sur différens points une injection pointillée disposée par bandes. L'estomac, le duodénum et les intestins grêles ne présentent aucune altération; seulement on rencontre dans cette portion du tube digestif dix ascarides lombricoïdes. Les gros intestins sont à l'état normal.

L'utérus, volumineux, peu revenu sur lui-même, offre une teinte d'un blanc légèrement verdâtre. Sa hauteur est de six pouces sur quatre de largeur. Ses parois sont épaisses d'un pouce vers le fond, de dix-huit lignes vers la partie moyenne du corps, et de six lignes vers le col. La surface interne de la matrice présente vers les angles supérieurs une coloration d'un gris-ardoisé; là, le tissu est ramolli à la profondeur de deux lignes environ. Vers la paroi postérieure, se remarque l'insertion du placenta au milieu de laquelle le tissu de l'utérus est ramolli dans une étendue de deux pouces carrés. Vers ce point, le tissu de la matrice est converti en un sorte de pulpe grisâtre d'une odeur désagréable, et qui se détache facilement; quant au tissu environnant il est sain. Le col de l'utérus est fortement ecchymosé, mais il n'est point ramolli.

Vaisseaux lymphatiques. On voit se dessiner au-dessous du péritoine et sur les côtés des faces antérieures et postérieures de l'utérus, de nombreux vaisseaux lymphatiques gorgés de pus. On peut les suivre dans l'épaisseur des ligamens larges d'un côté, et de l'autre sur les côtés du col. Du reste, ils ne s'étendent pas au-delà des ligamens larges. Les ganglions lombaires sont rouges et tuméfiés, mais ils ne renferment pas de pus. Entre les deux feuillets du péritoine qui forment le mésentère, il existe une infiltration purulente considérable.

Les veines utérines et ovariques sont saines et ne renferment que du sang liquide.

Les ovaires et les trompes sont à l'état normal.

Ici les ganglions lombaires ne présentent pas encore de suppuration, comme nous le verrons par la suite, mais ils sont tuméfiés et rouges.

Nous ferons remarquer aussi que dans nos observations nous n'avons jusqu'ici rencontré de pus que dans les vaisseaux lymphatiques. Les veines étaient parfaitement saines et ne contenaient que du sang. Il n'en est pas toujours ainsi, comme va le prouver l'observation suivante, dans laquelle on trouve simultanément du pus dans les deux ordres de vaisseaux.

Obs. IVe — *Mètro-péritonite ; couche de pus à la face interne de l'utérus ; épanchement séro-purulent dans le péritoine ; abcès dans le péritoine ; abcès dans une des trompes ; ovarite ; pus dans les lymphatiques et dans quelques veines utérines.* — Elisa Horn...., âgée de 17 ans, domestique, primipare, ayant toujours joui d'une excellente santé pendant sa grossesse, accouche le 27 mars 1830. Le travail dure pendant 53 heures, et l'on est obligé de pratiquer une saignée à la malade, et de la plonger plusieurs fois dans le bain. La délivrance est naturelle, mais elle est suivie de tranchées utérines. Le 27, l'abdomen est un peu douloureux, mais la malade n'a que peu de fièvre. On applique 40 sangsues. Le 28, les douleurs ont reparu après s'être calmées ; il y a de la fièvre, de la fréquence dans le pouls, et une chaleur vive à la peau. On applique 40 nouvelles sangsues ; on donne à la malade des bains de siége. Le 29, la face est pâle, elle exprime une douleur vive. La langue est humide, la bouche amère et pâteuse ; l'abdomen est sensible à la pression : il y a des douleurs vives. Les lochies coulent assez abondamment. (Gomme édulcorée, deux pots ; ipécacuanha, gr. xviij ; bain de siége ; cataplasme).

Le soir, vomissemens, plusieurs selles en diarrhée. Pendant la nuit mieux marqué, sommeil).

Le 30, l'état de la malade est satisfaisant. Les douleurs abdominales sont bien moins fortes ; le pouls est moins fréquent ; mais le soir il survient un frisson ; nouvelles douleurs abdominales. L'on applique 25 sangsues.

31. Abdomen très-douloureux à la pression, surtout du côté gauche ; pouls très-fréquent. Le facies est altéré ; la malade est très-faible. (Onguent napolitain, ℥ij pour huit frictions ; gomme édulcorée, deux pots ; bain de siége, cataplasme émollient).

1.er avril. Facies très-altéré ; les yeux sont caves, les joues décolorées. La langue est pâle et sèche ; soif vive, nausées. Abdomen très-douloureux à la pression ; douleurs presque continuelles dans les reins ; respiration difficile et plaintive ; pouls très-fréquent ; chaleur à la peau. La sécrétion du lait ne s'est pas encore opérée. Il y a peu de lochies. (Gomme édulcorée, deux pots ; potion gommeuse, onguent napolitain, ℥iij onces pour douze frictions ; bain de siége ; cataplasme).

2 avril. Les yeux ont perdu leur expression ; le regard est stupide ; la malade est couchée sur le dos, et complètement immobile ; la langue est sèche ; l'abdomen est moins sensible à la pression, parce que la sensibilité générale paraît émoussée ; respiration suspirieuse, embarrassée ; froid général dont la malade se plaint. Il y a quelques rêvasseries et des soubresauts des tendons. Peu de lochies. (Onguent napolitain, ℥iij pour douze frictions ; synapismes ; gomme édulcorée ; potion gommeuse ; bouillon).

3. Même état de prostration, plaintes continuelles, langue sèche, ventre tendu, douloureux à la moindre pression ; son mat vers les flancs et l'hypogastre ; toux continuelle ; pouls petit et fréquent. (Même prescription). La malade meurt dans la journée.

Autopsie 30 heures après la mort. — Rien à l'extérieur du corps. Le crâne est ouvert ; les membranes du cerveau sont saines. Au-dessous de l'arachnoïde il existe une infil-

tration très-marquée du tissu cellulaire. Les substances grise et blanche du cerveau sont saines. Les ventricules contiennent quelques gros de sérosité. Les poumons et le cœur sont à l'état normal. L'abdomen est le siége d'un épanchement séro-purulent très-considérable. Des adhérences nombreuses unissent les intestins entr'eux. Le grand épiploon est fixé à l'aide de fausses membranes à la face antérieure et inférieure de l'utérus. Le cul-de-sac que forme le péritoine devant et derrière cet organe, est rempli d'un pus bien lié et entièrement analogue au pus phlegmoneux. L'estomac renferme deux vers lombrics. Vers son grand cul-de-sac la membrane muqueuse ramollie s'enlève facilement. Le duodénum, sain d'ailleurs, contient aussi deux ascarides lombricoïdes. L'intestin grêle en renferme dix. La membrane muqueuse qui le revêt, très-pâle dans toute son étendue, est fortement ramollie dans certains points. Le gros intestin n'offre de remarquable qu'une plaque de la largeur de deux pouces carrés, du niveau de laquelle la membrane muqueuse est très-fortement injectée en rouge-brun.

L'utérus est assez volumineux, il est peu revenu sur lui-même, et couvert de fausses membranes qui s'enlèvent facilement. Il est fortement incliné à droite, et se trouve comme accolé sur la partie correspondante du détroit supérieur. Sa hauteur est de cinq pouces, sa largeur de quatre. Ses parois ont quatre lignes d'épaisseur vers le fond de l'organe, sept vers le point d'insertion du placenta, et trois vers le col. Sa surface interne est couverte d'une couche épaisse de pus concret que l'on enlève facilement.

Veines utérines. Les sinus utérins renferment du pus; les veines utérines en contiennent pour la plupart dans leur cavité; on le voit sourdre par gouttelettes de leurs ouvertures béantes. Du reste, ces vaisseaux ne présentent ni rougeur de la membrane interne, ni épaississement des parois.

Vaisseaux lymphatiques. Quelques vaisseaux lymphati-

ques se dessinent au-dessous du péritoine. On les voit ramper en serpentant et en présentant un aspect moniliforme. Leur calibre est considérablement augmenté; l'un d'eux, qui a le volume d'une grosse plume d'oie, se dirige vers le fond de l'utérus. Leurs parois ne paraissent pas plus épaisses qu'elles ne le sont habituellement; elles ne présentent pas de rougeur. Les ganglions lombaires ne contiennent pas de pus dans leur intérieur.

La trompe du côté droit, couverte de fausses membranes épaisses, est complètement déformée. Son pavillon est revêtu de fausses membranes si épaisses, qu'il a perdu sa disposition frangée. Vers la partie moyenne de son trajet elle est renflée. Tout l'intérieur de la cavité est rempli de pus, et la membrane muqueuse qui le tapisse est épaissie, d'un rouge très-foncé, et comme ulcérée dans certains points. *L'ovaire* du même côté est couvert de concrétions purulentes, mais son tissu n'est pas altéré. La trompe et l'ovaire du côté opposé ne présentent aucune altération.

Dans les trois observations suivantes, la maladie du système lymphatique est en quelque sorte plus complète que dans les faits précédens. Les ganglions lombaires sont aussi affectés; ils sont en pleine suppuration.

OBS. V.e — *Métro-péritonite; épanchement séro-purulent dans le péritoine; pus dans les vaisseaux lymphatiques et les veines utérines; suppuration des ganglions lymphatiques; ramollissement de l'utérus.*—Marie Laud***, ouvrière, âgée de 26 ans, d'une stature moyenne, colorée, à muscles développés, était enceinte pour la seconde fois. Son premier accouchement avait été suivi d'une péritonite, autant que l'on put en juger d'après ses rapports. Elle entra dans la Maison d'accouchement le 27 mars 1830, et accoucha le même jour à quatre heures du soir, après un travail de douze heures. L'enfant naquit vivant, et présenta le sommet en première position. La délivrance n'offrit rien de particulier. Peu de temps après, douleurs légères

dans l'abdomen, qui disparaissent un peu par l'application d'un cataplasme émollient. Le 28 au matin, la malade ne souffrait plus. Vers le milieu du jour, frissons, douleurs très-vives dans l'abdomen qui devient très-sensible à la pression; fréquence du pouls. (40 sangsues sur l'abdomen; bain de siége; cataplasme). Pendant la nuit les douleurs se calment, mais le lendemain matin elles augmentent d'intensité, et la malade est dans l'état suivant :

29 mars. Facies rouge et injecté, exprimant la douleur; langue humide; trois nausées sans vomissemens; ventre sensible à la pression, surtout dans la région hypogastrique; volumineux et météorisé dans toute son étendue. Lochies peu abondantes; plusieurs selles en diarrhée. (40 sangsues; bain de siége; lavement émollient; mauve et violettes édulcorées deux pots; potion gommeuse; diète).

30. Chaleur à la peau; facies rouge et injecté; pouls fréquent; langue humide, rouge à sa pointe; abdomen sensible à la pression. Lochies peu abondantes, d'une odeur désagreable: la sécrétion du lait s'opère. (Orge édulcorée; bain de siége; cataplasme; lavement émollient; injection d'eau d'orge dans l'utérus).

Pendant la journée aucune douleur, plusieurs selles en diarrhée.

31. Abdomen entièrement indolent; diarrhée; un peu de toux, aucun signe par l'auscultation et la percussion. Lochies abondantes. La main gauche est tuméfiée dans toute son étendue. Au niveau de l'articulation du médius et du troisième métacarpieu, il existe de l'empâtement et une rougeur circonscrite. La pression est un peu douloureuse. (Gomme édulcorée, 2 pots; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ ß; cataplasme arrosé d'eau végéto-minérale sur la main; catapl. émollient sur le ventre; une soupe).

1er avril; pendant la nuit plusieurs selles en diarrhée; céphalalgie; pouls petit, fréquent. Chaleur vive à la peau.

Lochies peu abondantes et sans odeur. Quant à la main, le gonflement est un peu moins considérable, mais la pression est encore douloureuse. (Même prescription que la veille).

Pendant la journée, frissons, douleurs dans l'abdomen; nausées; vomissemens nombreux de matières verdâtres; respiration difficile; fréquence extrême et petitesse du pouls. (Ipécac., gr. xviij; 30 sangsues à l'hypogastre; onguent napolitain, ℥ j pour quatre frictions).

L'ingestion de l'ipécacuanha ne fut suivie d'aucun vomissement; mais après l'application des sangsues, la malade éprouva du soulagement.

2 avril; facies profondement altéré; pouls petit, fréquent, irrégulier; langue humide; abdomen tendu, ballonné, très-sensible à la pression, même la plus légère; pas de selles en diarrhée. Lochies peu abondantes. La tuméfaction de la main a diminué, sa sensibilité semble être beaucoup moindre. (Gomme édulcorée, 2 pots; pilules avec extrait de jusquiame, gr. vj; calomel, gr. viij; extrait gomm. d'opium, gr. j pour 6 pilules; bain de siége; onguent mercuriel, ℥ ij pour 8 frictions sur l'abdomen; 2 vésicatoires aux jambes).

Pendant la journée et pendant la nuit, la malade ressent de vives douleurs dans le ventre. Pouls très-petit, très-fréquent; délire pendant la nuit.

3 avril; facies profondément altéré; teinte jaunâtre; décubitus sur le dos, prostration extrême; langue sèche recouverte d'un enduit jaunâtre; abdomen tendu, douloureux à la pression vers le flanc gauche. Lochies séreuses peu abondantes. (Même prescription que la veille).

Le soir, plusieurs selles en diarrhée; perte complète de connaissance; sueurs froides et visqueuses; face violacée; extrémités froides; râle à grosse bulle. La malade meurt à 9 heures.

Autopsie 36 heures après la mort. — On remarque sur

la main gauche une légère tuméfaction et une rougeur circonscrite ; au-dessous de la peau, le tissu cellulaire est infiltré de pus. Cette infiltration s'étend jusqu'auprès de l'articulation du médius avec le troisième métacarpien, elle remonte même autour du tendon de l'extenseur. L'extérieur de l'articulation ne présente pas de suppuration, la membrane synoviale offre seulement beaucoup de rougeur.

Abdomen. Environ une demi-pinte de sérosité purulente, dans laquelle nageat des fausses membranes. Le canal intestinal examiné dans toute son étendue ne présente aucune lésion.

Utérus. Il est volumineux ; devant et derrière lui, sur les deux culs-de-sac que forme le péritoine, il existe un amas considérable de matière purulente ; sa hauteur est de cinq pouces, sa largeur de quatre ; son tissu est consistant. Sa face interne d'un rouge-clair dans certains points, est d'un brun assez marqué vers la partie moyenne de la face postérieure. Dans aucun point cependant le tissu n'est ramolli.

Vaisseaux lymphatiques. De chaque côté de l'utérus, sur la face antérieure et postérieure, l'on voit au-dessous du péritoine se dessiner un grand nombre de vaisseaux lymphatiques ; ils sont remplis de pus, leur face interne est lisse, leurs parois ont leur épaisseur naturelle. Les ganglions lymphatiques lombaires tuméfiés, laissent suinter du pus lorsqu'on les incise. Le canal thoracique n'offre rien de particulier, il contient une très-petite quantité de fluide d'une extrême limpidité.

Veines utérines. Sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, on découvre, à l'aide d'une incision verticale et qui intéresse toute l'épaiseur des parois de l'organe, plusieurs veines qui contiennent du pus ; leur membrane interne est lisse, leurs parois ne sont point épaissies.

Les ovaires sont tuméfiés de chaque côté, ils sont ra-

mollis, infiltrés seulement de sérosité, et ils s'écrasent facilement sous le doigt.

Obs. VI.e — *Métro-péritonite ; épanchement séro-purulent dans le péritoine ; pus dans les vaisseaux lymphatiques ; suppuration des ganglions ; fonte purulente des ovaires.* — Clara Jod......, âgée de 23 ans, d'une petite stature, d'un tempérament sanguin, enceinte pour la première fois, avait été sujette, jusqu'au quatrième mois de sa grossesse, à des accès de fièvre intermittente. Elle entre à la Maternité le 7 novembre 1829, et accouche le 1.er février 1830. L'accouchement est parfaitement naturel, mais il est suivi au bout de quelques heures d'une oppression et d'une céphalalgie qui nécessitent une saignée du bras. L'état de la malade est assez satisfaisant jusqu'au 3 février. Alors il survient pendant la nuit des douleurs abdominales vives, une toux fréquente, et qui répond douloureusement dans l'abdomen, surtout à l'hypogastre. Il y a plusieurs selles en diarrhée. Le lendemain, l'état étant le même, on prescrit : (40 sangsues à l'hypogastre; cataplasme; bain de siége; demi-lavemens d'amidon et de pavot avec laudanum de Roussean, gouttes iv; gomme édulcorée, trois pots ; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ß).

Le 5, le pouls est petit et fréquent; le facies porte l'empreinte d'une douleur vive ; nausées continuelles; vomissemens fréquens de matières verdâtres; le ventre est très-sensible. (40 sangsues ; bain de siége ; même boisson que la veille).

Les sangsues ne procurent aucun soulagement, et le lendemain tout annonce l'apparition prochaine de symptômes typhoïdes. Aussi abandonne-t-on les évacuations sanguines pour commencer les frictions avec l'onguent napolitain. On en prescrit deux onces pour huit frictions sur l'abdomen, pendant les 24 heures. Le 8, l'état de prostration est très-marqué; le facies est pâle et légèrement jau-

nâtre ; la langue est rouge et sèche ; les nausées subsistent toujours. Le ventre est tendu, ballonné, très-sensible. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Les lochies coulent encore. On porte alors à trois onces la dose d'onguent napolitain ; on applique des vésicatoires aux cuisses. Le 9, état typhoïde le mieux caractérisé ; obtusion de tous les sens ; rêvasseries, refroidissement et teinte bleuâtre des extrémités. Mort dans la journée.

Autopsie faite 22 heures après la mort. — Le crâne n'est pas ouvert. Les poumons, sains dans toute leur étendue, ne présentent qu'un engouement léger vers leur partie postérieure ; le ventre contient un épanchement séro-purulent énorme avec des flocons de fausses membranes. Au-devant de l'utérus il existe du pus bien lié. La surface interne de l'organe est couverte d'une couche de fausses membranes au-dessous de laquelle le tissu de l'utérus est un peu rouge, mais conserve cependant sa consistance naturelle. Vers la partie inférieure de l'utérus, et surtout vers le col, les fibres les plus superficielles, et qui se trouvent le plus rapprochées du péritoine, sont baignées par du pus infiltré, et qui n'est pas contenu dans des vaisseaux dilatés.

Vaisseaux lymphatiques. Dans l'épaisseur des ligamens larges, on voit des deux côtés de nombreux vaisseaux lymphatiques ramper autour des radicules des veines ovariques ; vers la partie supérieure des ligamens larges, quelques-uns d'entre eux se jettent dans les ganglions lombaires. Ceux-ci sont volumineux comme une amande ordinaire ; ils sont rouges à leur extérieur ; en les pressant ils s'écrasent facilement ; en les incisant en en fait sortir une assez grande quantité de pus.

Des deux côtés les ovaires sont volumineux, rouges et très-friables, ce qui tient à ce qu'ils sont aussi infiltrés de pus. Les trompes, les ligamens larges sont le siége d'une infiltration séreuse. L'examen des organes digestifs n'offre aucune particularité.

L'altération du système lymphatique peut encore s'étendre plus loin ; elle peut, dépassant les ganglions lombaires, se retrouver encore dans le canal thoracique. Les deux observations suivantes, que nous empruntons à M. Tonnellé, en sont des exemples remarquables.

Obs. VII.e — *Péritonite avec présence de pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et dans le canal thoracique ; tuméfaction considérable et ramollissement des ganglions de l'aine et des lombes.* — Une femme de 31 ans, d'une bonne constitution, primipare, entra à la Maternité le 1.er juillet 1829, et accoucha heureusement et à terme le 25 août suivant. Le même jour, frissons répétés, douleur dans les régions hypogastrique et lombaire, fièvre très-intense. M. Desormeaux prescrit une saignée copieuse et une application de cinquante sangsues sur l'abdomen. Le 2, douleurs excessives, suppression des lochies, nausées, rougeur de la face, réaction fébrile. On renouvelle la saignée et l'application des sangsues. Le 3, décomposition des traits, alternatives d'agitation et d'abattement, délire, météorisme du ventre, incontinence de l'urine et des matières fécales ; petitesse et irrégularité du pouls. Mort le soir même.

Autopsie. — Une grande quantité de pus était infiltrée entre les deux feuillets des ligamens larges de l'utérus. *Les vaisseaux lymphatiques*, remplis du même liquide, formaient sur les bords de l'utérus de gros cordons superficiels blanchâtres, flexueux, à parois très-déliées, renflés d'espace en espace, et environnant les grosses divisions veineuses qui étaient vides.

Les ganglions lymphatiques de l'aine et des lombes avaient acquis le volume d'œufs de pigeon ; ils formaient, surtout au-devant de la colonne vertébrale, des paquets très-volumineux. Leur tissu était grisâtre, infiltré de pus, et s'écrasait facilement sous le doigt.

Le canal thoracique, du volume d'une plume de cygne,

était rempli d'un liquide épais, jaunâtre, qui parut être du pus.

La cavité du péritoine renfermait environ un demi-litre de sérosité floconneuse. Le reste dans l'état sain.

Obs. VIII.e — *Suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et du canal thoracique.* — Une femme âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, entra à la Maternité le 28 octobre 1829, au huitième mois de sa grossesse. Elle éprouvait déjà un commencement d'œdématie des membres inférieurs qui augmenta beaucoup dans l'espace de quelques jours. Le 7 octobre elle ressentit quelques frissons, des vomissemens et de la céphalalgie. Le 8, elle fut prise d'accès convulsifs qui se renouvellèrent pendant deux deux jours à des intervalles très-rapprochés, et elle tomba dans un état comateux profond. Un traitement conduit avec autant de sagesse que de vigueur triompha de ces graves accidens ; en même temps les contractions utérines se développèrent avec énergie, et la malade accoucha heureusement d'un enfant vivant. Elle se trouva mieux, mais un nouvel orage plus terrible encore l'attendait bientôt. Le lendemain, en effet, elle commença à souffrir de l'hypogastre, et éprouva quelques frissons. On appliqua cinquante sangsues sur l'abdomen. Le troisième jour, les lochies se supprimèrent ; il survint de vives douleurs dans toute la capacité abdominale, des vomissemens et une fièvre très-vive : on réitéra les sangsues. Le 4, la malade délirait ; elle s'agitait, articulait à graud'peine quelques mots sans suite, puis retombait dans un affaissement profond. Elle avait les lèvres tremblottantes, les mouvemens mal assurés, le regard obtus ; les selles étaient liquides, très-fréquentes, d'une extrême fétidité ; la langue sèche, le pouls petit et fréquent. Elle succomba dans la soirée.

Les frictions mercurielles à hautes doses, les vésicatoires aux jambes, furent les principaux moyens employés pendant les deux derniers jours.

A l'autopsie, on trouva la surface interne de l'utérus d'une couleur brune, et superficiellement ramollie; le tissu cellulaire qui unit le péritoine au corps de l'utérus, les ligamens larges infiltrés de pus, la plupart des vaisseaux lymphatiques remplis du même liquide, et formant, comme dans l'observation précédente, de gros troncs noueux, superficiels, très-développés, surtout vers les parties latérales de l'organe.

Cette altération n'était pas bornée aux lymphatiques de l'utérus; elle s'était étendue à la plupart de ceux de l'abdomen qui étaient gonflés et d'une couleur laiteuse. Le canal thoracique était lui-même énormément dilaté et rempli de pus en nature.

La cavité du péritoine contenait en outre une grande quantité de sérosité puriforme.

M. Velpeau (1) a cité aussi un cas de suppuration du canal thoracique, à la suite de la métro-péritonite. M. Nonat, dans sa thèse inaugurale, dit aussi l'avoir observée, mais il n'en rapporte pas d'histoire particulière. Les deux faits de M. Tonnellé, et celui de M. Velpeau, que nous nous abstenons de rapporter ici, sont les seuls que nous connaissions.

Nous nous dispensons de citer un plus grand nombre de faits; car, dans la plupart de ceux que nous avons observés, la marche de la maladie a été, à peu de circonstances près, la même que dans les cas précédens. C'est d'après ces faits que nous allons essayer : 1.° de tracer les caractères anatomiques avec lesquels se présente la lésion qui nous occupe, et qu'un examen superficiel pourrait quelquefois laisser échapper; 2.° d'examiner les autres lésions avec lesquelles on la trouve compliquée; 3.° de passer en revue les causes qui semblent la produire; 4.° d'examiner s'il existe réellement quelque symptôme auquel on puisse

(1) *Archives gén. de Méd.*, tome VI, 1824, page 228.

reconnaître cette affection ; 5.° d'établir quel est le mode de traitement le plus convenable.

1.° *Caractères anatomiques.* — Lorsqu'il existe du pus dans les lymphatiques de l'utérus, on aperçoit ordinairement, à l'intérieur de cet organe et au-dessous du péritoine, des lignes grisâtres alternativement rétrécies et renflées, et se dirigeant dans des sens différens. Le volume de ces vaisseaux ainsi remplis de pus varie depuis celui d'une grosse épingle jusqu'à celui d'une plume de corbeau. Quelquefois même l'on rencontre çà et là certains renflemens dont la cavité pourrait bien contenir un gros pois ordinaire. Un examen peu attentif pourrait faire prendre ces renflemens pour de petits abcès circonscrits ; mais en examinant avec soin, et en disséquant attentivement, on peut voir que les parois de ce renflement se continuent avec celles d'un vaisseau lymphatique qui vient y aboutir et qui en sort. Ces vaisseaux se rencontrent le plus ordinairement au niveau du col de l'utérus, sur les côtés de l'organe, où ils décrivent un grand nombre de contours ; quelquefois on ne peut pas les suivre au-delà ; d'autres fois ils gagnent les ligamens larges, s'enlâçant aux troncs des veines utérines ou des veines ovariques, s'anastomosant avec de nouveaux lymphatiques qui proviennent des ovaires et des trompes. Souvent ils s'arrêtent là ; mais souvent aussi on les voit remonter autour du tronc principal des veines ovariques ; puis se jeter dans les ganglions lombaires où ils arrivent ordinairement divisés en un grand nombre de radicules. Les ganglions dans lesquels pénètrent les lymphatiques ainsi remplis de pus, présentent des états divers : tantôt ils offrent une simple rougeur, d'autres fois une tuméfaction assez prononcée, d'autres fois enfin une véritable infiltration purulente. Alors leur consistance est diminuée, et ils s'écrasent facilement sous la pression des doigts.

Enfin lorsque l'affection est, pour ainsi dire, au grand complet, de la lymphe purulente ou bien du pus en na-

ture se retrouvent dans le canal thoracique lui-même; mais le cas est rare : M. Tonnellé l'a observé deux fois, comme nous l'avons rapporté plus haut; M. le professeur Velpeau l'a observé une fois; et enfin M. Nonat (1) dit l'avoir aussi rencontré. Quant à nous, malgré toute l'attention avec laquelle nous avons examiné le canal thoracique, dans tous les cas où du pus existait dans les vaisseaux lymphatiques de la matrice, nous n'avons pas rencontré une seule fois cette altération au-delà des ganglions lymphatiques de la région lombaire. M. Danyau ne l'a pas rencontré non plus au-delà, malgré tout le soin qu'il a apporté dans ses recherches sur ce point intéressant.

Le sang contenu dans le système circulatoire ne paraissait point altéré. Ce liquide se présentait avec ses caractères physiques habituels; on ne trouvait dans les caillots que renfermaient le cœur et les gros vaisseaux aucune trace de suppuration; ce n'était plus cette teinte grisâtre ou ce pointillé blanc des caillots que l'on observe quelquefois dans le cœur, à la suite de la phlébite.

La connaissance de la circulation de la lymphe et de sa progression centripète aurait pu faire juger *à priori* de la marche que doit suivre dans son développement l'affection qui nous occupe. Du reste, les observations que nous avons rapportées précédemment ont assez démontré qu'il en était des vaisseaux lymphatiques comme des veines, et que dans les deux ordres de vaisseaux, le pus, comme le liquide qu'ils charrient habituellement, était entraîné des radicules vers les branches.

Mais quel était l'état des parois des vaisseaux lymphatiques qui charriaient ainsi du pus dans leur intérieur? Dans tous les cas que nous avons observés, les parois des vaisseaux lymphatiques étaient parfaitement lisses: nulle part

(1) *De la Métro-péritonite puerpérale compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus*, 1832. Thèse, N.° 98.

on ne trouvait de pseudo-membranes adhérentes à leur surface interne ; jamais l'on ne rencontrait même de rougeur. Du reste, il est bien moins difficile de constater cet état qu'on ne pourrait le croire, car ces vaisseaux, à l'époque de l'accouchement, ont quelquefois acquis un volume presqu'égal à celui des veines, et dès-lors il devient facile de les examiner. Du reste, cet état des parois lymphatiques a été noté aussi par MM. Dugès et Danyau.

Je n'ai pas observé une seule fois de la suppuration dans les lymphatiques de l'utérus, sans qu'une autre lésion n'ait existé en même temps, soit dans le péritoine, soit dans la matrice, soit dans ses annexes.

Pour le *péritoine*, c'était ordinairement un liquide séro-purulent plus ou moins abondant, souvent tellement homogène qu'il ressemblait au pus phlegmoneux. Ce pus se rassemblait dans la cavité du petit bassin où il trouvait une sorte de réservoir, et la matrice plongeait au milieu de lui. Souvent des flocons pseudo-membraneux nageaient au milieu du liquide; souvent aussi il existait immédiatement au-dessous du péritoine, dans le tissu cellulaire qui l'unit à l'utérus, dans celui qui est interposé entre les deux lames du ligament large, des infiltrations séro-purulentes, ou bien de véritables infiltrations de pus.

Du côté de l'*utérus*. — On voyait des pseudo-membranes plus ou moins épaisses, plus ou moins uniformément répandues sur la surface extérieure. Quelquefois il existait de véritables foyers purulens dans son épaisseur, circonstance rare à la vérité. Mais ce que l'on observait le plus ordinairement, c'étaient des ramollissemens de diverse nature, tantôt de simples ramollissemens inflammatoires avec destruction et fonte purulente de la fibre utérine, tantôt de véritables ramollissemens gangréneux avec ou sans suppuration du tissu environnant.

Du côté des *annexes de l'utérus* assez souvent l'on rencontrait les *ovaires* frappés d'inflammation et en partie détruits par la suppuration. Ils étaient complètement ra-

mollis et convertis en un putrilage qui s'écrasait sous les doigts. Les *trompes* étaient infiltrées de pus ou de sérosité purulente.

Veines utérines. — Il n'était pas rare de trouver simultanément du pus dans les veines utérines en même temps que dans les vaisseaux lymphatiques. Dans ce cas les veines qui renfermaient la matière purulente ne présentaient très souvent aucune trace de phlegmasie. Dans d'autres, au contraire, elles en offraient des traces incontestables.

Quant aux autres lésions que l'on trouve si souvent éparses sur les autres organes dans tous les cas de phlébite, je ne les ai jamais rencontrées lorsque les vaisseaux lymphatiques contenaient seuls du pus. Il n'en était pas de même quand la suppuration occupait simultanément les veines utérines et les vaisseaux lymphatiques. J'ai observé quelquefois dans ces cas des abcès dans le foie, dans les poumons, et des collections purulentes dans les grandes articulations; mais alors il est bien difficile d'apprécier la valeur que pouvait avoir la suppuration des lymphatiques dans la production de ces accidens secondaires.

Au reste, nous allons, dans un tableau, rassembler les diverses lésions qui ont existé en même temps que la suppuration des vaisseaux lymphatiques; et de l'étude de ces altérations mises ainsi en regard pourront peut-être découler quelques considérations intéressantes.

(La suite au prochain Numéro.)

Mémoire sur l'emploi de l'eau froide comme anti-phlogistique dans le traitement des maladies chirurgicales; par le docteur BÉRARD *jeune, agrégé en exercice de la Faculté de Paris, chirurgien en chef de l'hospice de la Salpétrière* (Fin) (1).

OBS. VIII°. — *Plaie contuse au second orteil; traite-*

(1) *V.* le Numéro de janvier dernier.

ment par l'irrigation continue. Guérison. Obs. recueillie par M. Philippart. — Au n° 7 de la salle saint-François était un homme, entré à l'hôpital St-Antoine le 24 mai 1834, qui, en déchargeant des pavés d'un bateau, en laissa tomber un sur son pied droit, qui lui-même prenait appui sur d'autres pavés ; la semelle de son soulier, fort épaisse, fut brisée. Son pied offrit, à l'examen, les lésions suivantes :

Le second orteil parut avoir supporté presque seul le choc; il était en effet déformé, aplati; il y avait division de la peau et des parties molles sous-jacentes. Dans plusieurs sens, depuis son extrémité jusqu'à l'articulation de la première à la seconde phalange, la peau était décollée dans différens endroits ; parmi ces divisions, deux étaient assez larges pour permettre l'introduction d'un fort stylet ; l'une existait à l'extrémité de l'orteil, l'autre en arrière et sur les côtés de la matrice de l'ongle, les autres divisions paraissent ne comprendre que la peau. Un stylet introduit par la plaie la plus grande située à l'extrémité de l'orteil faisait sentir la dernière phalange dénudée ; ce stylet, poussé d'avant en arrière, sortait par la plaie postérieure située sur la face dorsale de l'orteil au niveau de l'articulation de la deuxième avec la dernière phalange. La veille de cet examen, du sang était sorti en abondance de ces plaies. La sensibilité existait dans toutes les parties de ce doigt, la douleur y était vive, le gros orteil était violemment contus sans être déformé, une petite plaie superficielle existait à sa face dorsale; vers la partie moyenne, le malade y éprouvait une forte douleur. On n'y trouva point de fracture, les autres orteils étaient sains, le malade éprouvait de la douleur jusque dans le pied. L'appareil à irrigation continue lui fut appliqué aussitôt. (Limonade, bouillon). Le lendemain 24, les douleurs furent beaucoup moins fortes, aucun signe d'inflammation dans le pied, la chaleur est naturelle, pas de fièvre. (Potages). Le 26, quelques élancemens dans l'orteil, sans aucune trace d'inflammation ni frisson. Le

27, peu de douleurs, si ce n'est lorsque, pendant le sommeil, le pied s'écarte du courant d'eau; appétit. (Le quart d'alimens). Le 30, n'ayant plus à redouter d'inflammation traumatique, l'irrigation fut cessée, les plaies donnèrent un pus de bonne nature; pansement simple. (La demie d'alimens). Le 1er juin, aucune trace d'inflammation n'était survenue, très-peu de douleur dans le second orteil, son extrémité a toujours conservé sa chaleur et sa sensibilité; la dernière phalange était très-mobile, il paraissait y avoir communication de la plaie de la face dorsale avec l'articulation; pansement simple avec la charpie enduite de cérat. Le 7 juin il survint un peu d'inflammation causée par la marche prescrite au malade; l'ongle à peine adhérent fut enlevé, une petite portion de la dernière phalange fut attirée par la plaie de l'extrémité de l'orteil. Le pansement ordinaire, le repos absolu, facilitèrent la cicatrisation des petites plaies. Le malade sortit guéri, le 17 juin.

Obs. IXe. — *Plaie contuse au pied; irrigation, guérison.* Observation recueillie par M. Philippart. — Le 16 mai 1834, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, au n.° 9, salle St-François, un homme blessé au pied gauche par une grille de fer du poids de 300 livres, qui fut lâchée à une hauteur de trois pieds en la couchant à terre. Une de ses pointes, après avoir traversé sa botte, pénétra dans son pied, à un demi pouce au-dessous de la malléole interne, et le renversa.

La plaie, de forme à peu près triangulaire, dirigée de haut en bas, avait, dans cette direction, un pouce d'étendue. Un stylet introduit fit connaître un décollement de la peau qui s'étendait en haut jusqu'à la malléole interne, et dans les autres sens, à un demi pouce au-delà de la plaie; elle était profonde de 3 à 4 lignes; le stylet touchait à l'os astragale, sans cependant le trouver dénudé; rien ne put faire croire que l'articulation fut ouverte, le chirurgien n'en eut que la crainte. Il y avait tuméfaction

de ce côté de l'articulation ; douleur devenant très-vive par les mouvemens imprimés au pied. (Tisane d'orge, bandelettes de diachylon pour fermer la plaie : bouillon).

Le 17, tuméfaction plus considérable accompagnée de douleur, chaleur et rougeur ; céphalalgie, insomnie, fréquence du pouls ; irrigation continue par dessus les bandelettes. Une compresse jetée sur le piod servait à répandre l'eau sur toute la surface et sur l'articulation tibio-tarsienne.

Le 18, tuméfaction beaucoup moindre ; la douleur et la rougeur sont peu sensibles ; chaleur naturelle ; disparition des symptômes généraux ; sommeil non-seulement la nuit, mais une partie de la journée pendant les premières heures de l'irrigation. (Le quart d'alimens ; même traitement jusqu'au 22.e jour où l'irrigation est cessée sans aucun signe d'inflammation, si ce n'est lorsque le courant d'eau était interrompu, que la chaleur et la douleur se faisaient sentir). Les bandelettes de diachylon sont retirées, la plaie paraît un peu cicatrisée ; peu de douleur, peu de tuméfaction. Pansement simple avec la charpie onduite de cérat. (La demie à manger).

Le 23, une douleur vive avec élancemens à la partie postérieure du pied sur les côtés du tendon d'Achille, un peu de tuméfaction, donnèrent l'éveil sur la formation d'un abcès. La fluctuation n'y est point perçue. (Cataplasmes). Le 25, aux symptômes précédens plus marqués se joignent l'insomnie, la fréquence du pouls ; la fluctuation devient évidente au côté externe du tendon d'Achille. Le malade montre de la répugnance à laisser ouvrir l'abcès. La plaie qui n'est point encore réunie laisse écouler un peu séreux. (Pansement simple ; cataplasme sur le tendon d'Achille). Le 26, le pus s'est fait jour sur le côté externe du tendon d'Achille. Il est de bonne nature ; le foyer ne paraît pas communiquer avec la plaie du côté interne du pied. Le 27, amendement de tous les

symptômes ; les mouvemens de l'articulation sont toujours douloureux ; un pus séreux s'écoule toujours de la première plaie. Sommeil agité : pansement avec la charpie par dessus, composé d'eau froide. Le 30, les plaies sont presque cicatrisées. Le 6 juin, le malade sort guéri, conservant encore de la gêne dans le mouvement de l'articulation tibio-tarsienne.

Obs. X.me — *Plaie contuse du gros orteil ; traitement par l'irrigation continue ; gangrène à la dernière phalange ; guérison.* Observation recueillie par M. Philippart. — Le 8 avril 1834, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, un commissionnaire âgé de 50 ans, demeurant rue du faubourg Saint-Antoine n.° 11, couché au n.° 14 de la salle Saint-François, qui, en déchargeant de sa voiture des masses de plomb (appelées saumons) du poids de 400 livres environ, en laissa glisser un sur l'extrémité du pied droit revêtu de son soulier, dont le cuir, quoique très-épais, fut déchiré à toute son extrémité vers le milieu de la semelle ; il ne put retirer lui-même son pied de dessous la masse de plomb.

Arrivé à l'hôpital, le chirurgien constata une plaie contuse au gros orteil, avec déformation. Une solution de continuité intéressant la peau et les parties molles sous-jacentes s'étendait, en suivant d'arrière en avant le côté interne de cet orteil, depuis la partie moyenne de la première phalange, jusqu'au bord libre de l'ongle qu'elle circonscrivait, se joignait là à d'autres fissures, parcourait le côté externe de l'orteil, et se terminait à la commissure du premier au second orteil. Cette solution offrait dans quelques endroits un écartement de 3 à 4 lignes. Les parties molles de l'extrémité de cet orteil étaient renversées en bas et n'étaient plus en contact avec l'ongle ; ces parties qui, dans l'état normal, étaient sous l'ongle et lui étaient contiguës, formaient une espèce de lambeau qui en était distant de 6 lignes. Une portion de l'extrémité de l'ongle était déchirée.

La peau de la face plantaire offrait, un peu au-devant du pli qu'elle forme, une division tranversale qui se joignait en dedans et en dehors à la plaie qui suivait les deux bords de cet orteil. Un stylet, introduit dans les divers points de la plaie, pénétrait jusqu'à l'os de la dernière phalange sans rencontrer d'esquilles. La plaie qui, la veille, avait rendu une grande quantité de sang, en fournit à peine pendant cette exploration. La chaleur et la sensibilité n'avaient pas disparu; cette dernière cependant n'était pas très-parfaite; la douleur était moins vive à l'extrémité de l'orteil que dans les autres parties.

Le troisième orteil était fortement contus; sa face supérieure ecchymosée; on n'y trouva point de fracture, malgré des douleurs très-vives que déterminait le toucher. Les autres orteils n'offraient que quelques traces légères d'ecchymoses; tout le pied était douloureux et comme engourdi; point de symptômes généraux remarquables. (Le premier jour, limonade, application de compresses trempées dans de l'eau froide, renouvelées aussitôt qu'elles sont chaudes; diète). Le lendemain, 10, de la douleur s'était manifestée depuis la plaie jusqu'à la partie moyenne du premier métatarsien; la chaleur était forte, la douleur vive, le pouls un peu fréquent; irrigation continue au moyen de deux syphons placés dans un réservoir suspendu au lit. Le 11, le malade se sentit bien soulagé, la rougeur avait disparu, la douleur moins vive, la chaleur du pied et du gros orteil naturelle; le sommeil, dont n'avait pas encore joui le malade depuis l'accident, fut très-bon; même traitement, bouillon). Le 12, le malade accusa quelques douleurs dans le pied; on n'y voyait point de traces d'inflammation; le lambeau des parties molles que l'on avait maintenu rapproché du côté de l'ongle, au moyen d'une bandelette de diachylon, n'était point sensible, il était presque froid; on continua l'irrigation, mais avec de l'eau tiède. Le 15, l'irrigation fut cessée; pansement simple. Le 16, le lambeau s'éloignait de plus en

plus de l'ongle ; une distance de 8 à 9 lignes les séparait, il avait une couleur grise, il était froid, insensible au toucher. Un pus noirâtre s'écoulait entre lui et l'ongle ; une odeur caractéristique de gangrène s'en exhalait. Les environs de la matrice de l'ongle avaient une couleur grise violette ; cette couleur paraissait bornée au niveau de l'articulation de la première avec la dernière phalange ; point de signes inflammatoires au-delà de cet orteil ; le malade souffrait peu, il avait appétit ; (pansemens avec une décoction de quinquina ; le quart d'alimens). Le 26, aucune douleur ni dans le gros orteil, ni dans le pied. Toute l'extrémité du gros orteil, qui correspond à la dernière phalange, était noire ; des mouvemens furent imprimés à cette dernière phalange sans produire beaucoup de douleurs ; la gangrène paraissait s'être bornée au niveau de cette articulation ; l'ongle, dont la circonférence adhérente et noire, tenait à peine, fut enlevé. (Les trois-quarts d'alimens). La dernière phalange, qui ne tenait plus à la première que par le tendon fléchisseur de cet orteil et quelques fibres ligamenteuses, fut excisée le 2 mai, et laissa à nu une plaie à surface grisâtre qui, pansée avec de la poudre de quinquina, fut ramenée à l'état d'une plaie de bonne nature ; un pansement simple, continué pendant quinze jours, le toucher par le nitrate d'argent, favorisèrent la guérison de la plaie, qui eut lieu le 18 mai, jour de sortie du malade.

XIe Obs. — *Plaies contuses des deux premiers orteils ; amputation du second ; gangrène superficielle au premier ; irrigation, complication de pourriture d'hôpital.* Obs. recueillie par M. Philippart. — Le 1.er juillet 1834, entra à l'hôpital St.-Antoine un ouvrier âgé de 18 ans, couché au n.° 15 de la salle St.-François, qui reçut sur l'extrémité du pied droit une charpente du poids de 80 à 180 livres, tombant d'un premier étage. Les deux premiers orteils furent violemment contus ; le gros était déformé, aplati ; son ongle déchiré en plusieurs endroits, à moitié déraciné ; la

peau et les parties molles sous-jacentes divisées en plusieurs sens, surtout dans l'étendue de la dernière phalange. Ces divisions ne paraissaient pas profondes, car on ne pouvait, au moyen d'un stylet, parvenir à sentir l'os. On ne distingua point de fracture de la seconde phalange. Les parties molles avaient une couleur bleue-violette. Le second orteil était encore en plus mauvais état; il était tout-à-fait informe; l'ongle était brisé; les parties molles étaient toutes disloquées : on reconnaissait très-facilement la fracture des deux dernières phalanges, dont l'une était à nu; la première paraissait saine; le pied et ses orteils étaient plutôt engourdis que douloureux. Le chirurgien désarticula le second orteil à l'union de la première phalange à la seconde. Il ne put conserver un lambeau aussi grand qu'il aurait voulu, parce que les parties qui devaient le former étaient meurtries et divisées, et se séparaient en le taillant: l'ongle du gros orteil fut enlevé; la face était rouge; le pouls plein et fréquent. (Une saignée de quatre palettes, pansement simple; limonade, deux pots; la diète). Le lendemain 2 mai, la chaleur et la douleur au pied sont vives; insomnies; irrigation continue. Le 3, la douleur est diminuée; la chaleur existe seulement à la partie inférieure de la jambe sur laquelle l'irrigation n'est point dirigée; le pouls est plein, fort. (Bouillon). Le 5, point de symptômes inflammatoires; une gangrène superficielle s'est développée à l'extrémité du gros orteil. La face unguéale est d'un brun-grisâtre, répandant une odeur caractéristique; point de sensibilité : en touchant avec un stylet elle est froide. La surface amputée du second orteil commence à suppurer. Pas de douleurs, point de symptômes généraux. Du chlorure de chaux est ajouté au courant d'eau froide. (Trois soupes). Le 8, une partie de la couche gangréneuse se détache de la surface supérieure du gros orteil, et laisse à nu une surface grise-blanchâtre où on distingue quelques bourgeons charnus : elle est enduite d'un pus

séreux. L'odeur de gangrène persiste; la surface de la plaie du second orteil est grisâtre, un peu boursoufflée, recouverte d'un pus peu louable. A l'apparence d'une plaie qui se complique de pourriture d'hôpital, l'irrigation est cessée; la surface des plaies est saupoudrée de camphre. (Pansement simple). Le 14, la surface des plaies est inégale, molle, boursoufflée; une couche grise-blanchâtre laisse à peine voir des pâles bourgeons charnus. Il y a plus de douleurs que les jours précédens; pas d'appétit. Langue blanche, épaisse. (Pansement avec un mélange de poudre de quinquina et de camphre; purgatif avec sulfate de soude, ℥ j).

La couche blanchâtre augmentant chaque jour, on cautérise avec le nitrate acide de mercure. Le surlendemain de la cautérisation, chute des escharres noires; les plaies ont un aspect bien rosé; elles sont encore molles et boursoufllées; nouvelle formation d'une couche blanchâtre : seconde cautérisation. Le 26, les plaies sont rosées, plus fermes. (Pansement simple, arrosé avec l'eau-de-vie camphrée). Le 30, les bourgeons charnus sont excessivement développés au doigt amputé. La partie saine de cet orteil est aussi très-tuméfiée. (Pansement avec le suc de citron pendant deux jours). Le 2 août, pas d'amélioration (Cautérisation par le fer rouge). La chute des escharres laisse à nu des plaies qui sont belles, mais qui en peu de jours, quoiqu'arrosées avec l'eau-de-vie camphrée, ne tardent pas à se couvrir d'une couche grise-blanchâtre. Pendant tout ce temps, l'état général du malade est satisfaisant; il a appétit, mange la demie d'alimens. Le changement de salle, le pansement avec la pommade mercurielle, la cautérisation par la poudre d'alun, par l'acide acétique, sont douloureux. Le 4 septembre, nouvelle cautérisation par le feu. Le 8, les escharres laissent à nu une surface rosée. (Pansement simple). Le 12, les plaies continuent à avoir un bel

aspect, et marchent vers la cicatrisation qui est complète vers la fin du mois.

Obs. XIIᵉ. — *Plaie par écrasement et arrachement de la main; ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne; irrigation continue*; obs. recueillie par M. Boudrie. — La nommée Décarte (Albertine-Joséphine), âgée de 31 ans, entra à l'hôpital le 9 octobre 1834. Le jour même, pendant qu'elle était occupée à *passer des cartons*, sa main gauche fut saisie entre les engrenages de la mécanique, et le doigt indicateur dans son articulation avec le métacarpien, principalement lésé. A la face dorsale existait une plaie irrégulière déchirée, à plusieurs dentelures, qui avait mis à nu les tendons des muscles extenseurs de ce doigt depuis le tiers inférieur du métacarpien jusques vers le milieu de la première phalange. A la face palmaire était une autre plaie non moins irrégulière et non moins étendue, à travers laquelle sortait à nu la tête du second métacarpien; la première phalange était remontée en arrière jusques vers le milieu de la face dorsale du second métacarpien. Les tendons des muscles fléchisseurs du même doigt étaient dénudés et déjetés en dedans. Il restait à peine, de chaque côté de l'articulation, un lambeau de peau assez large pour contenir les vaisseaux et les nerfs collatéraux. Deux médecins du faubourg St.-Antoine qui avaient vu la malade lui avaient donné un billet dans lequel ils disaient: « Qu'il leur paraissait impossible de conserver ce doigt, et qu'ils en jugeaient l'ablation urgente. » Mais les résultats obtenus jusqu'alors au moyen de l'irrigation permettaient de porter un pronostic plus favorable.

Le doigt fut remis en sa position normale, et attaché au médius son voisin, et toutes les plaies préservées du contact de l'air au moyen de bandelettes de diachylon. La main fut soumise à un filet d'eau froide. Pendant dix jours que dura cette irrigation la sensibilité se conserva parfaitement au bout de tous les doigts, quoique la main restât

constamment froide. Cependant il semblait à la malade que la main était chaude et brûlante, et elle était obligée de la toucher avec la main droite pour s'assurer de cet abaissement de température de la gauche. Du reste, il ne survint ni rougeur ni gonflement. Au cinquième jour il s'établit sans douleur une suppuration de bonne nature et peu abondante.

Quand on voulut cesser l'irrigation, on échauffa graduellement l'eau, comme il est d'habitude, jusqu'à la rendre tiède. Et chose remarquable! à mesure que l'eau coulait plus chaude, la fausse sensation de chaleur dont il est fait mention plus haut disparaissait peu à peu, elle cessa complètement avec l'irrigation. La malade fut encore pansée pendant un mois avec de simples bandelettes de diachylon. Au bout de ce temps, les plaies étaient considérablement diminuées d'étendue ; les surfaces articulaires étaient solidement maintenues en position et non ankylosées. Et pour prévenir ce dernier accident, le chirurgien avait eu le soin d'imprimer de temps en temps de légers mouvemens au doigt. Maintenant il reste à peine un léger suintement quand on enlève une croûte qui se forme à la face dorsale du doigt. Il existe de la raideur et le doigt n'exécute pas des mouvemens bien étendus, mais il est évident que l'on n'a plus à craindre aucun accident, et l'on a tout lieu d'espérer que, sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé, la malade pourra se servir de son membre comme avant l'accident; il aura au moins évité une mutilation toujours désagréable quand elle ne nuit pas à l'exercice des fonctions de la partie, et elle aura échappé aux dangers d'une opération assez grave.

Recherches sur les épidémies de grippe, et en particulier sur l'épidémie qui a régné en 1833 à Paris; par le docteur G. Richelot.

De tout temps on a considéré comme une chose utile l'étude des maladies épidémiques. Il est, en effet, aussi curieux qu'instructif de comparer entre elles des affections différentes de celles qui règnent dans les temps ordinaires, et qui ont entr'elles de nombreux points d'analogie, bien qu'éloignées par un intervalle de temps plus ou moins considérable. Il est curieux aussi de rapprocher l'une de l'autre les diverses opinions émises par les médecins à des époques différentes, au sujet de ces maladies. On peut suivre ainsi la marche des idées théoriques en médecine, en même temps qu'on recueille les résultats de l'expérience d'un grand nombre de médecins. Le pathologiste y peut puiser quelques enseignemens; mais c'est surtout pour l'étiologie, l'une des branches les plus obscures et les plus vagues des sciences médicales, que ce genre de travail est important.

Je serai très-bref sur les épidémies de grippe antérieures à notre époque, dont je ne citerai que les principales; je m'attacherai à faire connaître celle de 1833, surtout par des faits que j'ai recueillis à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. le professeur Andral.

Les épidémies de grippe rentrent dans ce que les anciens auteurs appelaient *maladies catarrhales*, d'après des idées théoriques tombées dans l'oubli (1). Sous cette dénomination on a réuni des affections qui sont tout-à-fait dissemblables, tant sous le rapport de la gravité que sous celui

(1) *Voyez* Fuhrmann, *De catarrhis in genere*, Lugd.-Bat., 1676; et la savante Dissertation : *De morbo catarrhali benigno hoc anno inter nos epidem.*; par J. F. Ehrmann. Argentor., 1762.

des symptômes et du siége de la maladie. Ainsi, par exemple, doit-on bien distinguer les épidémies qui méritent réellement le nom de grippe, d'une foule d'autres qui ont exercé de grands ravages dans les populations (1).

Je prends les épidémies de grippe à l'année 1743, époque où cette dénomination a été employée pour la première fois (2).

I. L'épidémie de 1743 (3) parcourut au printemps toute

---

(1) Voyez entre autres : J. Wierus, *De pestilentiali et epidemica tussi, quæ anno 1580, universam ferè Europam invasit.* (Opera omnia. Amstelodami, 1660; p. 978).

Boehmer, *Diss. de febre catarrhali maligno epidemicâ, anginâ gangrænosâ stipatâ.* Hal, 1768.

Baumer, *Diss. de febre epidemicâ catarrhali malignâ.* Giess., 1780.

(2) *Voy.* Sauvage, édition in-4.°, tome I, p. 688.

Saillant, *Tableau his. et raison. des épid. vulgairement dites la grippe*, etc. Paris, 1780; p. 63.

D'après Grant (*A short account of the epidemic cough and fever*, 1775, dans *A letter to D.r Delacour at Bath.* Londres, 1776), le mot *grippe* serait dérivé des mots français *la grève*, *la grive*; mais d'après J. Frank (*Praxeos medicæ univ. præcepta*, V. I, sect. 2, p. 60), il vient du mot polonais *chrypka*, qui signifie *enrouement* (raucedo). Les auteurs allemands se servent encore des expressions *Russischer Katarrh*, *Blitz-Katarrh*. *Voy.* Sprengel, *Handb. der patholog.*; 2 th., p. 109. La grippe a encore été désignée sous les noms suivans : *le baraquette*, *la petite poste*, *le petit courrier* (Razoux, *sur les rhumes épidémiques*, etc., dans le *Journal de Médecine* de A. Roux, tom. XVIII, p. 112), *Morbus russicus* (Mertens, *Observationes medicæ*, t. II, p. 33), *la folette*, et, à Rome, *mal del castrone* (Burserius, *Inst. med.*, T. I, p. 424). Enfin, cette maladie est maintenant assez généralement désignée par le nom *influenza*, dans les ouvrages allemands, italiens, et surtout anglais. Cette dénomination, qui vient des italiens, est due aux idées qui ont régné pendant quelque temps relativement à *l'influence* prétendue des astres sur les maladies.

(3) *Voy.* P. J. Hermann et J. J. Zuberbuhler, *De febre catarrhali epid. cum tussi et coryzâ complicatâ*, etc., Erford. 19 junii, 1743. Dans *Disputationes Halleri*, tom. V, p. 295.

Sauvages, *loc. cit.*

Huxham, *De aere et morb. epid.*, t. II, p. 100.

Saillant, *loc. cit.*

J. Targioni Tozetti, *Prima raccolta d'osservazioni mediche*, p. 174.

l'Europe. Pendant les hivers précédens, la température avait été extrêmement basse; les vents avaient soufflé de l'est et du nord-est; il était tombé beaucoup de neige. Sous l'influence de cette température, d'abord un petit nombre de personnes furent prises de fièvre; bientôt le nombre devint de plus en plus considérable. Dans plusieurs provinces de l'Allemagne, il y eut à peine une famille qui n'eut, je ne dirai pas un, mais même plusieurs malades. Partout l'épidémie atteignait trois, quatre personnes de la même famille, soit en même temps, soit successivement. Elle débuta vers le milieu d'avril, et finit en général avec le mois de juin.

Les prodrômes de la maladie étaient un certain abattement d'esprit et une lassitude universelle; un léger frisson parcourait la surface du corps pendant un quart-d'heure ou une demi-heure; les mains, et surtout les pieds, étaient refroidis; à ce frisson succédait une chaleur et une ardeur, d'abord vers la tête, puis à tout le corps. Ensuite se manifestaient successivement les symptômes suivans: pesanteur de tête ou céphalalgie; douleurs dans les membres et le long de l'épine; quelquefois lassitudes au lieu de douleurs; la céphalalgie persistait souvent jour et nuit, et rendait le sommeil interrompu et agité, ou même causait une insomnie complète; les yeux légèrement enflammés et douloureux, parfois avaient peine à supporter la lumière; anorexie; langue blanche; soif tantôt médiocre, tantôt très-vive; dans ce dernier cas, elle était quelquefois très-pénible aux malades, à cause du mauvais goût qu'ils trouvaient aux boissons; quelquefois, mais rarement, nausées et vomissemens; congestion de la membrane muqueuse des fosses nasales, de l'arrière-bouche et des bronches; éternuemens, toux d'abord sèche, puis avec expectoration séro-muqueuse âcre, plus ou moins abondante, qui, vers le déclin de la maladie, devenait muqueuse. Chez quelques sujets, qui éprouvaient des

sueurs le matin, ou qui suaient abondamment par intervalles, la toux et l'expectoration étaient moins intenses; assez généralement, pendant tout le cours de la fièvre, les crachats étaient abondans et quelquefois soulageaient la poitrine; chez quelques sujets jeunes et pléthoriques, il se manifestait des épistaxis qui n'emportaient pas toujours la céphalalgie; pouls fort et fréquent; fièvre, avec rémission, depuis quatre ou cinq heures après midi, et exacerbation pendant la nuit. Le retour à la santé était signalé par une excrétion abondante et facile, par une urine muqueuse, blanche, déposant un léger sédiment; souvent, vers la fin de la fièvre, il se faisait une éruption de boutons rouges, brûlans; souvent aussi il survenait tout-à-coup une diarrhée copieuse accompagnée quelquefois de violentes coliques.

Chez quelques malades il se formait de véritables pneumonies qui se reconnaissaient à la dyspnée, à la toux, à l'expectoration teinte de sang; dans ce cas, les sujets débiles et avancés en âge étaient emportés.

Cette maladie, quoique très-répandue, ne fut point dangereuse. Dès le troisième ou quatrième jour, elle cédait aux soins convenablement dirigés. Le traitement était, en général, plus l'affaire de la diète et du régime que d'une médication recherchée. Il ne mourut guères que des sujets vieux ou affaiblis depuis long-temps par des maladies graves, ou ceux chez lesquels une disposition fâcheuse avait permis le développement d'une pneumonie.

Voici du reste les moyens qui furent le plus généralement employés; boissons tièdes, délayantes, adoucissantes; petit-lait, décoction d'avoine, etc.; chez les sujets jeunes et pléthoriques, lorsqu'il y avait céphalalgie intense, épistaxis, une ou deux émissions sanguines diminuaient ces symptômes, ou les enlevaient totalement. Le sang tiré de la veine était quelquefois très-couenneux; mais en général il fallait être sobre de saignées. Rien ne soulageait mieux

qu'un léger émétique après la saignée; il emportait souvent tous les accidens. Pour combattre la toux et les symptômes du côté de la poitrine, on employait l'huile d'amandes-douces, le blanc de baleine et les parégoriques. Le sirop diacode procurait des sueurs douces, très-avantageuses. On faisait usage encore de l'oxymel scillitique pour favoriser l'expectoration (1).

II. L'épidémie de 1762 s'étendit également sur toute

(1) Cette medication est à-la-fois simple et rationelle; de nos jours, malgré les progrès, je ne dirai pas de la thérapeutique, mais de la médecine en général, on n'agirait pas autrement. Mais il ne faut pas croire que tous les médecins se contentassent, en 1743, d'un traitement aussi peu compliqué; doux citations suffiront pour faire connaître ce qu'était, à cette époque, la *pratique* médicale entre les mains d'un grand nombre de médecins d'ailleurs fort savans.

P. J. Hermann, dont la dissertation m'a été très-utile pour la description qu'on vient de lire, après avoir dit que la maladie guérissait *par les seules forces de la nature*, le régime et les soins hygiéniques, donne ensuite une longue série de médicamens qui ont pour but, 1.° d'agir chimiquement sur l'humeur peccante, et de la rendre moins tenace et plus facile à sortir; 2.° d'agir sur les voies par lesquelles cette humeur doit être chassée au dehors, et de les rendre souples, plus relâchées, plus perméables, etc. Cet auteur proscrit la saignée, sauf le cas de pneumonie. De son temps, on proscrivait assez généralement la saignée dans les affections catarrhales, en s'appuyant plus sur une théorie absurde que sur l'expérience.

Sauvage nous a transmis le traitement suivant adopté pour la grippe en 1743 : le premier jour, deux saignées; le second, un émétique ou un cathartique; le troisième, une saignée et un julep narcotique le soir. Depuis le quatrième jusqu'au neuvième, un mélange de trois gros de kermès minéral avec un demi-gros de tartre vitriolé, et autant d'antimoine diaphorétique, à partager en six doses, pour prendre de trois heures en trois heures. Vers le dixième jour, l'expectoration venait et le malade était guéri.

Peut-on concevoir rien de plus bizarre qu'un traitement ainsi disposé d'avance jour par jour, pour tous les cas sans exception? Ne semble-t-il pas, à la lecture de ce petit fragment, que chez tous les sujets la maladie offrait la même marche, cédait aux mêmes moyens, et se terminait régulièrement au bout de dix jours, jamais auparavant, jamais plus tard? C'est bien alors que des formules de potions, de pommades, etc., pouvaient s'appeler *de la pratique*.

l'Europe. Les descriptions qui nous en ont été transmises par les médecins de divers pays (1), s'accordent toutes, non-seulement pour les symptômes de cette affection, mais même pour le traitement qui fut adopté contre elle.

L'année 1762 débuta par un temps froid et sec, auquel succédèrent bientôt de la pluie, de la grêle et de la neige. Vers le commencement d'avril, ces conditions atmosphériques changèrent; la chaleur devint insupportable au soleil; tandis qu'à l'ombre on était transi de froid. La grippe se développa peu-à-peu sous l'influence de ces alternatives de chaud et de froid. Bientôt elle s'étendit à tel point, sans distinction de rang et d'âge, que sur cent personnes à peine s'en trouva-t-il dix qui en fussent exemptes.

Au commencement, pesanteur de tête ou céphalalgie sus-orbitaire; lassitudes spontanées; douleurs continues des membres; quelquefois picotemens dans les bras, les jambes et les côtés; chez quelques malades, pesanteur et même douleur à la région précordiale; insomnie ou sommeil interrompu; abattement. Ces prodrômes, la plupart du temps si peu intenses que celui qui en était atteint doutait s'il était réellement malade, étaient suivis quelquefois d'un coryza sans aucun autre symptôme, et alors les yeux supportaient la lumière avec peine; les paupières étaient

---

(1) J. F. Ehrmann, *De morbo catarrhali*, etc.

Saillant, *loc. cit.*, p. 74.

Mertens, *Febris catarrhalis epidemica anno* 1762 *Viennæ observata*. Dans *Obs. med.*, t. II, p. 1.

Rozoux, *loc. cit.*

Ebenezer Gilchrist, *Observations on the catharrhal epidemic of* 1762. Dans *Essays and observations and physical and literary*. V. III, p. 409.

W. Watson, *Remarks on the catarrhal desorder which was very frequent at London and in its neighbourhood in may* 1762, etc. Dans *The Philosophical Transactions*, etc., *abridged*; t. XI, p. 667.

Isenflamm, *Versuch von denen ursachen der gegenwartigen allgemeinen Brustkranheiten*. Vienne, 1762.

gonflées ; la voix rauque, les éternuemens fréquens, etc. D'autres fois un léger frisson parcourait tous les membres ; puis, chaleur, accélération du pouls ; fièvre plus au moins intense avec exacerbation le soir et pendant la nuit, et tendance à suer vers le matin ; céphalalgie ; bourdonnemens d'oreilles ; mal de gorge ; anorexie ; langue humide, couverte d'un enduit blanc ou gris ; soif tantôt vive, tantôt nulle ; légère dyspnée ; toux avec expectoration peu abondante d'un mucus mêlé à de la sérosité : le plus généralement le pouls était sans dureté, un peu plein et à peine plus fréquent qu'à l'état normal. Cependant chez certains sujets, la fièvre était très-forte ; la céphalalgie était excessive ; les artères temporales battaient fortement ; la bouche était pâteuse ; il y avait des douleurs vagues dans tout le corps ; des alternatives de frisson et de chaleur ; des anxiétés ; le pouls était plein et dur ; les malades sentaient une ardeur très-vive le long de la trachée-artère ; vers le milieu du sternum, une pesanteur qui empêchait de respirer ; la toux était violente, avec sifflement ; les crachats visqueux se détachaient avec peine, et même étaient quelquefois sanguinolens.

En général, les malades suaient avec une grande facilité. Ces sueurs paraissaient procurer du soulagement. Le deuxième ou le troisième jour il se faisait une expectoration muqueuse abondante ; quelquefois, chez les jeunes sujets, il se manifestait une épistaxis. Alors la maladie n'était pas loin de sa terminaison.

Cette grippe ne fit périr personne, excepté quelques vieillards asthmatiques, ou quelques sujets atteints de phthisie à un degré avancé. Pour le plus grand nombre, la guérison fut prompte, facile, et la convalescence presque nulle. Toutefois les récidives furent fréquentes, et quelques sujets, qui négligèrent leur maladie et commirent des imprudences, conservèrent pendant assez long-temps une toux fatigante, accompagnée d'un peu de fièvre. La mala-

die revêtit quelquefois la forme intermittente ; dans ce cas elle fut combattue avec succès par le quinquina.

Le traitement le plus généralement employé fut très-simple, du moins eu égard aux temps. Souvent aucune médication n'était nécessaire ; le malade gardait le lit ou la chambre, excitait des sueurs abondantes, et les symptômes étaient prévenus ou disparaissaient. Souvent la saignée était nécessaire; quelquefois il fallait la renouveler. Le sang variait suivant les sujets; chez la plupart il n'offrait rien de remarquable, ou bien le caillot offrait de la densité; chez ceux dont le pouls était fréquent et faible, le caillot était plus mou. Chez ces derniers, il ne fallait pas insister sur la saignée; les ventouses et les vésicatoires lui étaient alors préférables.

Dans la plupart des cas, on employait les médicamens suivans : boissons chaudes, délayantes, émollientes et pectorales à hautes doses ; oxymel ; les médicamens dits *béchiques*, contre la toux, tels que le blanc de baleine, le beurre de cacao, l'huile d'amandes-douces, etc., l'opium à très-petite dose, donné au commencement de la nuit, arrêtait singulièrement la toux. Les lavemens, soit simples, soit avec le miel ou le sel, et les laxatifs, tels que la rhubarbe, la manne, la casse, etc. ; les médicamens qui passaient pour dissolvans, tels que l'antimoine diaphorétique, le soufre doré d'antimoine, le régule d'antimoine médicinal, la magnésie, etc. Lorsque la fièvre était forte, on la combattait avec la saignée et le nitre. Si au bout de trois ou quatre jours, la maladie ne cédait pas à ces moyens, on plaçait un vésicatoire ammoniacal entre les omoplates. Tissot prétend avoir retiré de l'utilité des vomitifs, lorsqu'il y avait *un état saburral* des premières voies ; mais Ehrmann n'eut point occasion d'en faire usage, et craignait que leur emploi n'augmentât la congestion des parties élevées du corps.

III. L'épidémie de 1775 ne fut pas moins étendue que

les précédentes (1). Elle parcourut également toute l'Europe, et se manifesta vers la fin du printemps, excepté en Angleterre où elle ne parut que pendant l'automne. Le commencement de l'année 1775 fut très-froid; il y eut ensuite des neiges et des pluies abondantes. Le printemps fut remarquable dans plusieurs contrées par des changemens brusques et fréquens de température (2).

A cette époque, les animaux domestiques, tels que les chevaux, les chiens, les poules, etc., éprouvèrent une véritable épidémie. Les chevaux étaient pris de toux, les chiens d'une inflammation de la membrane pituitaire et d'une inflammation catarrhale.

Peu de personnes échappèrent complètement à l'influence épidémique. Celle-ci parut même, en général, s'exercer sur toutes les maladies (3).

---

(1) *Voyez* Fothergill (Antoine), *Mem. of the Med. Societ. of London*, tom. III, p. 30.

Dans *Medical observations and Inquiries by a Society*, etc., tome VI. John Fothergill, p. 340. — John Pringle, p. 348. — Heberden, p. 349. — George Baker, p. 352. — H. Revell Reynolds, p. 355. — W. Cuming, p. 357. — Thomas Glass, p. 364. — Ash, p. 377. — W. White, p. 383. — Haygarth, p. 389, etc., etc.

Stoll, *Ratio medendi*, P. I, p. 17, édition de Corvisart, 1787.

Lorry, *Mém. de la Soc. roy. de Méd. de Paris*, tom. I, p. 2; 1776.

(2) Il est bon de noter qu'en Angleterre où la grippe se déclara plus tard que dans les autres contrées de l'Europe, ces vicissitudes atmosphériques furent observées plus tard aussi. (*Voy.* les auteurs anglais cités dans la note précédente).

(3) Cette influence se retrouve dans toutes les épidémies. Je citerai à cette occasion, parce que j'ai pu l'observer moi-même, une épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses qui a régné dans le département de la Loire-Inférieure, en 1827.

« Telle était l'influence de l'épidémie régnante, que les maladies les plus diverses, quelles que fussent d'ailleurs leurs causes, revêtaient le caractère intermittent ou rémittent. Un militaire, après un exercice violent, s'expose tout couvert de sueur à un refroidissement subit, et il est pris d'une fièvre tierce. A la suite d'une chute que fit un vieillard, sur la tête, il survint une affection soporeuse évidemment rémittente. Un cocher, âgé de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de

Chez un grand nombre de sujets, la maladie débuta brusquement par des vertiges ou une légère douleur de tête, suivis de mal de gorge et d'une sensation de froid sur tout le corps, surtout aux extrémités. Chez d'autres elle débuta par des maux de cœur et des vomissemens, suivis de malaise. Chez d'autres enfin, les prodrômes de la grippe ne différèrent en rien des symptômes qui constituent ce qu'on appelle vulgairement un rhume. Quelquefois le mal de tête était assez violent; la douleur se répandait dans tous les muscles du cou dont elle gênait les mouvemens. Il y avait un affaiblissement excessif peu en rapport avec la bénignité des symptômes. Les membres étaient brisés et contus, les articulations douloureuses. Il y avait de l'insomnie, des bourdonnemens d'oreilles. Le nez était enchifrené; les artères temporales battaient fortement. Les yeux étaient brillans ou larmoyans. Dans quelques cas, il y eut du délire, des soubresauts des tendons, des sueurs qui se refroidissaient promptement; chez quelques jeunes sujets, des épistaxis. Voix rauque; langue blanche ou jaune, muqueuse; bouche amère ou sans goût; très-fréquemment nausées; quelquefois hypochondres tendus et épigastre douloureux à la pression; tantôt diarrhée, tantôt constipation. Rarement la diarrhée se montra au début, elle succédait en général aux symptômes ordinaires du rhume; quelquefois la diarrhée alla jusqu'à la dysenterie, ainsi qu'il est arrivé au docteur George Baker lui-même; mais cette complication était rare. La toux était presque toujours intense, accompagnée d'ardeur derrière le sternum

---

Nantes pour un rétrécissement de l'urètre : on lui pratiqua le cathétérisme, et toutes les fois qu'on lui introduisait la sonde il survenait un accès de fièvre bien caractérisé; avec leur cause cessèrent les accès. Dans les fièvres traumatiques, on fut quelquefois obligé de donner du sulfate de quinine, à cause du caractère intermittent des paroxysmes. » (Marcé, *Considérations sur les fièvres rémittentes pernicieuses*, etc. Thèse. Paris, 1829, N.° 139.)

et d'oppression. Ce symptôme ne se présentait point d'une manière générale et nécessaire dans cette maladie, qui consistait quelquefois seulement dans un mal de gorge avec fièvre et élancemens douloureux à la partie postérieure de la tête, sans toux. Tel était le cas de John Pringle, cité par lui-même. L'expectoration, en général, n'offrait rien de remarquable ; rarement la fièvre était forte ; rarement aussi la pean était sèche et chaude d'une manière notable. Cependant il arrivait par fois que le pouls était plein, fréquent et plus dur qu'on ne s'y serait attendu, d'après la température de la peau.

Vers le milieu ou la fin de la maladie, un petit nombre de sujets furent pris de douleurs intolérables dans les côtés ou dans les lombes, qui les forçaient de garder la même posture pendant deux ou trois jours. De légères crampes dans les jambes et dans les bras n'étaient pas rares à la fin la maladie. Quelques malades souffrirent des démangeaisons violentes à la peau, sans aucune pustule évidente. Quelques autres eurent des boutons rouges et circulaires sur la peau. Il arriva même que ces boutons ne paraissaient que la nuit, et qu'il n'y avait que de simples démangeaisons le jour. A la fin de la maladie, quelques sujets eurent des érysipèles ; Heberden vit deux personnes qui offrirent une éruption ressemblant à la fièvre scarlatine. Quelquefois vers son déclin, la maladie prenait le type intermittent. Mais alors, suivant les auteurs anglais, le quinquina, loin de détruire les accès, exaspérait souvent les symptômes. Quelques doux purgatifs réussissaient mieux dans cette circonstance. Il paraît cependant que sur le continent le quinquina eut plus de succès dans les cas analogues.

La grippe de 1775 ne fut pas plus grave que les autres ; à peine peut-on dire qu'elle causa la mort de quelques personnes. Quelques malades n'eurent pas même de fièvre décidée, et beaucoup purent vaquer à leurs affaires. Les symptômes s'amendaient ordinairement au bout de quel-

ques jours, sauf la toux qui persistait pendant long-temps, troublait le sommeil, et déterminait en général des sueurs et de l'expectoration vers le matin.

John Fothergill affirme que ceux qui, vingt-quatre ou trente-six heures après l'invasion de la maladie, avaient un écoulement abondant par le nez, ou expectoraient beaucoup, ou rendaient beaucoup de selles bilieuses spontanées, ou enfin avaient des sueurs copieuses, éprouvaient très-promptement du soulagement. En général, la maladie durait cinq ou six jours. Toutefois les sujets atteints de quelque affection grave se rétablissaient difficilement.

En Angleterre, le nombre des hommes atteints par l'épidémie fut plus considérable que celui des femmes. On remarqua aussi qu'il y eut peu de malades parmi les individus qui menaient une vie sédentaire, et s'exposaient peu aux vicissitudes atmosphériques.

En général, la maladie n'exigeait qu'une douce température, un régime léger, la privation des boissons échauffantes, l'usage des boissons délayantes, diaphorétiques, etc. Dans beaucoup de cas cependant la saignée était nécessaire; mais rarement le caillot sanguin était rapproché en forme de coupe, comme dans les inflammations franches. Quelquefois il fallait renouveler la saignée. Quand la toux persistait trop longtemps après les autres symptômes, on la faisait disparaître par l'emploi des vésicatoires. Après avoir évacué, les anodins procuraient ordinairement de bons effets. De petites doses d'opium étaient très-utiles pour diminuer la fatigue causée par la toux. A la fin de la maladie, 40 ou 50 gouttes d'élexir parégorique dans une potion avec un scrupule à un scrupule et demi d'oxymel scillitique, prise en se couchant, diminuaient l'intensité de la toux, procuraient du repos, et une douce moiteur à la peau (W. Cuming). Le docteur Henry Revell Reznolds se loue beaucoup des effets du kermès minéral pour favoriser les sueurs et l'expectoration. Lorsqu'il y avait une

diarrhée trop abondante, le même médecin donnait l'ipécacuanha à petites doses, un grain en poudre toutes les six heures. Ce moyen arrêtait la diarrhée et procurait une abondante, expectoration. Enfin, le docteur Ash, de Birmingham préconise les vomitifs dans cette maladie.

IV. *Épidémie de* 1782 (1). — L'été de 1787 fut remarquable par des chaleurs excessives qui durèrent pendant trois mois (du milieu de juin au milieu de septembre) sans pluie. Ces chaleurs provoquaient des sueurs très-abondantes et donnèrent lieu à de véritables sudamina, soit sur toute la surface du corps, soit dans des régions limitées. L'automne suivant fut froid et humide. La première partie de l'hiver fut pluvieuse. Toutefois les conditions atmosphériques sous l'influence desquelles l'épidémie de 1782 se développa, ne furent pas les mêmes dans les diverses localités ; en effet, en Angleterre, il y eut beaucoup de pluies ; à Hambonrg, le temps avait été très-sec, au rapport du docteur Reimarus de cette ville.

Suivant J. Frank, l'épidémie parut d'abord à Strasbourg, dans le mois de février 1782, et y fut désignée par le nom d'*influenza* (2). Cependant il paraît qu'avant cette

---

(1) *An account of the epidemic catarrh of the year* 1782, *compiled at the request of the Society*; by Edward Gray. (*Medical Communications*, tome I, p. 1).

Remarks on the Influenza of the year 1782; by James Carmichael Smyth. (*Medical Communications*, tome I, p. 71).

Cl. Jo. Aloysius Targionius, dans *Avvisi soprà la salute umana*, tome VII.

J. Frank, *loc. cit.*, p. 60.

A. B. Ranoë, *Symbola ad historiam catarrhi vere anni* 1782 *hic loci epidemicè grassantis.* (*Acta regiæ Societatis med. Havniensis*, tome I, p. 451).

Mertens, *loc. cit.*, tome II, p. 33.

J. D. Metzger, *Beytrage zur Geschichte der Frühlings-Epidemie im J.* 1782. Kœnisberg, 1782.

(2) Ce nom était connu bien long-temps auparavant.

époque, la grippe avait éclaté à Astrakan, puis à Tobolsk, et qu'elle régnait à Moscou en décembre 1781. On assure même qu'elle était venue à Tobolsk, de la Chine. Toujours est-il certain que plusieurs relations de diverses parties des Indes-Orientales s'accordent pour affirmer qu'une maladie semblable à la grippe régnait dans ces contrées en octobre et novembre 1781. Suivant Mertens, qui en cela n'est pas d'accord avec J. Frank, le 2 janvier 1782, et non en février, la température éprouva à Saint-Pétersbourg une variation extraordinaire; le mercure, qui était à 35° au-dessous de zéro, remonta subitement à 5° au-dessus. Le même jour, dit Mertens, quarante mille hommes furent pris de la grippe.

Au mois de mars 1782, l'épidémie gagna la Pologne, les bords de la mer Baltique et le Danemarck, sous les noms de *catarrhus russicus*, *morbus russicus*, *grippe.* Au mois de mai, elle passa en Allemagne et en Angleterre. Enfin, elle envahit l'Écosse; en juillet, la France; en septembre, l'Italie, l'Espagne et le Portugal; en novembre, la Belgique. Elle parcourut ainsi, non-seulement toute l'Europe, mais encore toute la terre. Plusieurs relations témoignent qu'elle fut observée en Amérique. L'influence épidémique fut si générale, que les équipages des vaisseaux de guerre et des navires du commerce en furent atteints en pleine mer.

La maladie frappa autant d'individus que les autres fois; car c'est un des caractères de la grippe épidémique de n'épargner presque personne.

Voici la série des symptômes qui constituèrent la grippe de 1782 : frisson alternant quelquefois avec la chaleur, prostration; douleurs vagues des membres; quelquefois, lumbago; chaleur; céphalalgie sus-orbitaire; coryza; éternuemens; écoulement séreux par le nez; yeux larmoyans; perte de l'odorat et du goût; quelquefois épistaxis; mal de gorge; ardeur dans le gosier; douleur dans la poitrine, le

cou et les épaules; sommeil troublé par des rêves ou par la toux; quelquefois, chez les sujets pléthoriques, délire pendant la nuit, mais de peu de durée. Quoique la maladie ne fût pas grave, les traits étaient souvent altérés. Dans les cas les plus légers, soif modérée, appétit seulement diminué; souvent anorexie; langue ordinairement blanche, mais humide; nausées; quelquefois vomissemens; assez généralement constipation; toux plus ou moins forte; voix rauque; tantôt expectoration nulle, tantôt crachats muqueux; gêne de la respiration; douleur derrière la partie supérieure du sternum. Quelquefois, la douleur de poitrine et des côtés, qui paraissait sympathique, était le seul symptôme; quelquefois les symptômes de catarrhe étaient extrêmement légers ou manquaient complètement; alors la maladie ressemblait à ce qu'on appelait *une fièvre*. En général, la peau était chaude et sèche au début, mais la transpiration s'établissait avec la plus grande facilité. Le pouls était variable pour la fréquence et la dureté chez le même malade; le plus ordinairement il était fréquent (100 à 120 pulsations), plein, mais sans dureté.

Dès le troisième jour, les crachats devenaient muqueux et abondans; il se manifestait une amélioration si notable, que l'on pouvait reprendre ses occupations habituelles. Mais, si l'on en croit Mertens, les symptômes s'aggravaient le quatrième jour. Ce médecin ajoute que la maladie durait six ou huit jours, offrant alternativement un jour meilleur et un jour plus mauvais.

Plusieurs médecins remarquèrent que la diarrhée chez les uns, des hémorrhagies, principalement par le nez, chez d'autres, furent suivies de soulagement. Chez quelques sujets, au bout de six jours, la grippe prenait le type quotidien, chaque accès étant caractérisé par la toux, la douleur de poitrine, et la céphalalgie; quelquefois même alors, les accès se prolongeaient assez pour figurer une fièvre continue. Dans ces deux cas, l'affection cédait facilement au quinquina.

Tous les observateurs s'accordent à dire que la grippe ne causa la mort que de quelques phthisiques ou de quelques malades imprudens ou mal disposés qui furent entraînés au tombeau par des complications graves plutôt que par l'épidémie elle-même.

Les gens du peuple furent atteints en plus grand nombre que ceux qui s'exposaient moins aux vicissitudes atmosphériques.

Traits caractéristiques de l'épidémie de 1782 : invasion subite, d'où le nom de *Blitzkatarr* (1) ; symptômes de catarrhe, avec douleurs contuses des membres ; affaiblissement remarquable, persistant plusieurs jours.

Pendant tout le temps que dura cette épidémie, on observa de notables variations dans la température ; mais elles ne parurent avoir aucune influence ni sur le nombre des malades, ni sur la gravité des symptômes.

Dans beaucoup de localités, la maladie, quoique très-générale, fut si légère, que peu de personnes eurent recours aux médecins. Une transpiration spontanée déterminait promptement l'amendement des symptômes, ce qui engagea les praticiens à conseiller les boissons chaudes, les sels neutres, les antimoniaux à petites doses, dans le but de favoriser ou de produire un phénomène qu'ils regardaient comme la terminaison naturelle de la maladie.

Au début, quand le pouls était fréquent et tendu, la toux sèche, la céphalalgie intense, etc., on pratiquait une saignée ; rarement il fallait la renouveler. Souvent le sang se trouva couenneux, souvent aussi il était sans couenne. Les médecins contemporains sont très-divisés d'opinion sur l'emploi de la lancette ; les uns s'en sont bien trouvés, les autres prétendent qu'on en obtenait souvent un mauvais résultat. Du reste, tisanes adoucissantes, pectorales, etc. ; laxatifs ; dans le cas de *saburres* ; presque jamais les purga-

(1) *Blitz*, éclair, foudre.

tifs énergiques qui, suivant Mertens, étaient nuisibles; les vomitifs, dans le double but de favoriser l'expectoration et de faire naître une transpiration abondante. Ranoë préconise le kermès minéral, et, dans quelques cas, l'émétique. Les opiacés furent employés généralement avec avantage, surtout pour calmer la toux qui était souvent le symptôme le plus pénible. Quand il y avait des douleurs vives à la poitrine, on plaçait un vésicatoire *loco dolenti.* Quelquefois, vers le déclin de la maladie, l'affaiblissement persistait d'une manière notable; alors le quinquina était administré avec avantage. La même chose avait été observée dans les épidémies précédentes. Le même médicament réussissait également, quand la maladie prenait la forme rémittente ou intermittente.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. CHASSAIGNAC, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 9.

Compte rendu des travaux de la Société Anatomique pendant l'année 1834; par M. CHASSAIGNAC, *secrétaire de la Société.*

MESSIEURS, bien que l'anatomie pathologique soit l'objet spécial de vos travaux, il ne se passe point d'année sans que des recherches plus ou moins importantes sur l'anatomie normale soient soumises à votre examen. Ainsi vous avez eu cette année sous les yeux un travail très-intéressant de M. Thompson sur l'anatomie de la région inguino-crurale, objet de tant de savantes recherches.

M. Cruveilhier vous a montré le résultat de ses travaux sur plusieurs particularités du système vasculaire. Vous avez vu comment, avec le secours des injections mercu-

rielles, le périoste chez les jeunes sujets se trouve converti en un réseau vasculaire dont nous sommes loin de supposer l'existence dans la plupart de nos injections habituelles. Mais c'est surtout dans l'étude des lymphatiques que les résultats des injections mercurielles, soutenues par des injections qui se solidifient, vous ont paru remarquables. Sous les membranes muqueuses, sous les séreuses, à la surface du derme, se déploie un réseau à mailles extrêmement rapprochées. Ces résultats vous ont paru d'autant plus concluans, que les veines injectées sur les mêmes pièces, et contrastant par leur aspect avec celui des lymphatiques, ne permettaient pas la plus légère équivoque.

Conduit par ses recherches sur la peau de l'homme, à étudier chez les animaux la disposition des papilles cutanées, M. Cruveilhier vous a montré sur la peau de la patte de l'ours, un systême de papilles filiformes semblables à celles de la langue, mais beaucoup plus longues, et qui, implantées par leur base sur la surface du derme, sont reçues dans des espèces d'étuis taillés à facettes et unis entre eux par une matière glutineuse, en sorte que chaque papille a son enveloppe épidermique propre.

Aux travaux relatifs à l'anatomie normale, je dois ajouter un travail de M. Nivet, ayant pour objet des recherches chimiques et microscopiques sur le sang.

Anomalies anatomiques. — Parmi les anomalies nombreuses qui vous ont été soumises, je rappellerai un cas d'absence complète des os unguis (M. Laurent, *Bulletin* 6). Une anomalie musculaire consistant dans l'existence de deux faisceaux charnus qui des muscles droits s'étendaient aux sterno-mastoïdiens. J'aurais cru pouvoir passer sous silence cette anomalie, qui vous est offerte plusieurs fois chaque année, si elle n'avait eu dans le cas actuel ceci de particulier, que les deux faisceaux s'entrecroisaient à leur partie supérieure, en sorte que celui du côté droit se continuait avec le sterno-mastoïdien gauche et *vice versâ*.

Quelques faisceaux musculaires, en plus ou en moins, sont des anomalies de peu d'importance ; mais ce qui appellera toujours l'attention, ce sont les anomalies du système vasculaire qui peuvent donner lieu à des conséquences pratiques qu'on ne saurait pas toujours calculer, qui peuvent influer sur l'exercice des fonctions les plus importantes, et qui même dans certains cas sont tout à fait incompatibles avec la conservation de la vie, ainsi que je vais en rapporter un exemple. C'est celui qui vous fut présenté par M. Lediberder (*B.* 8) : cette anomalie multiple consistait dans l'oblitération complète de l'artère pulmonaire à son origine, dans l'imperfection de la cloison interventriculaire, et dans le remplacement du canal artériel par une très-petite ouverture de communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Il est évident qu'avec de telles dispositions toute la masse du sang amenée aux deux ventricules était lancée dans l'aorte, et que le sang envoyé au poumon ne consistait que dans la très-faible colonne à laquelle livrait passage la petite ouverture qui, de l'aorte, communiquait à l'artère pulmonaire. Or, le mélange des deux sangs et l'imperfection de la circulation pulmonaire était compatible avec la persistance de la vie tant que le fœtus était dans le sein de la mère; mais hors delà, il devait succomber à une hématose doublement imparfaite, et par le mélange des deux sangs et par l'insuffisance de la la circulation pulmonaire. Aussi l'enfant chez lequel existait cette anomalie, a-t-il succombé douze jours après sa naissance, et si l'on doit s'étonner d'une chose, c'est que la vie ait pu se maintenir pendant un pareil laps de temps.

Parmi les anomalies artérielles vous avez vu, 1° une division prématurée de l'aorte abdominale qui finissait au niveau de la deuxième lombaire, (M. Boinet, *B.* 8); 2° une artère rénale naissant de la bifurcation de l'aorte et remplaçant la sacrée moyenne dans un cas d'anomalie du rein, (*id.*, *id.*) ; 3° une anomalie de l'artère épigastrique,

(M. Verpillat, *B.* 6) ; 4° une pédieuse qui, au lieu de succéder à la tibiale antérieure, était fournie par la péronière, laquelle traversait le ligament inter-osseux, (M. Nélaton, *B.* 1); 5° une anastomotique longue et grêle unissant la partie supérieure de l'humérale à la cubitale, (M. Cruveilhier, *B.* 2) ; 6° une cubitale sous-aponévrotique au lieu d'être sous-musculaire, (M. Chassaignac, *B.* 1); 7° une arcade palmaire superficielle, qui, au lieu d'être formée par l'union de la radiale avec la cubitale, résultait d'une anastomose de la radio-palmaire avec la branche satellite du nerf médian, (M. Bonamy, *B.* 8).

Certainement toutes ces anomalies sont loin d'offrir un égal intérêt ; mais celles qui siègent dans des régions sur lesquelles on peut être appelé à pratiquer des opérations chirurgicales sont sus ceptibles de modifier d'une manière tout-à-fait inattendue la marche de ces opérations et leurs suites, soit en exposant immédiatement à des accidens graves, soit en donnant lieu à de singuliers mécomptes dans les résultats qu'on se promet d'obtenir. Ainsi, peut-on atteindre une épigastrique déviée, dans un débridement herniaire, une artère anormale du bras dans une saignée ; ainsi ces récurrences anévrysmales si rapides et si larges qu'on observe dans certains cas, peuvent-elles être produites par une anastomose volumineuse sur laquelle on n'avait pas compté ; ainsi après avoir lié une tibiale antérieure pour une plaie ou pour un anévrysme de la pédieuse, peut-on voir l'opération rester sans succès quand cette pédieuse naît de la péronière.

Des anomalies de longueur du canal intestinal qui ont été présentées à la Société, (M. Maisonneuve, *B.* 2), ont fourni à M. Cruveilhier l'occasion de vous faire connaître le résultat de mensurations nombreuses faites sous ses yeux à la Salpétrière ; mensurations d'où il résulte que les extrêmes opposés pour la longueur du tube intestinal, sont 7 pieds et demi pour la limite de minimum, et 21 pieds pour la limite de maximum.

Une autre anomalie assez curieuse de ce même canal, c'est l'existence des valvules conniventes au-delà du lieu où elles cessent habituellement. Vous avez vu un cas dans lequel elles se continuaient jusqu'à la valvule iléo-cœcale : (M. Maisonneuve, *B.* 2).

Quelquefois cette anomalie paraît coïncider avec une brièveté remarquable de l'intestin grêle (M. Beau). Je ferai remarquer que ces deux anomalies, quand elles coexistent, s'expliquent rationnellement l'une par l'autre, en admettant que la diminution de longueur est due à l'absence ou à la brièveté de la portion d'intestin grêle ordinairement dépourvue de valvules.

Anomalies de l'appareil urinaire. — Les anomalies du rein, qui vous ont été soumises, peuvent se rapporter aux cas suivans : 1° Absence complète d'un rein et de son uretère avec existence et disposition normale de la capsule surrénale du même côté et sans aucune variété anatomique du côté opposé (M. Boinet). 2.° Situation anormale d'un rein placé transversalement entre le rectum et la vessie, et tenant la place de la matrice qui était déviée avec ses annexes : (M. Boinet, *B.* 8). Dans ces cas, il n'y avait aucun vestige de capsule surrénale.

Deux variétés relatives à l'uretère vous ont été soumises; dans la première, deux uretères naissaient d'un même rein et s'ouvraient dans la vessie par des ouvertures isolées. (M. Lediberder, *B.* 8). Dans la seconde, qui n'était que le premier degré de celle-ci, un uretère en forme d'Y naissait du rein par deux branches et s'ouvrait dans la vessie par un seul canal : (M. Lediberder, *B.* 8). Je joindrai à ces anomalies ce cas dans lequel vous avez vu le faisceau charnu qui s'étend entre les orifices vésicaux des uretères hypertrophié et justifiant parfaitement la dénomination de *muscle des uretères* qui lui a été donnée par quelques anatomistes.

Ces diverses anomalies de l'appareil urinaire font naître

les réflexions suivantes. La formation du rein et celle de la capsule surrénale correspondante sont dans une complète indépendance, puisque dans un cas vous avez vu le rein dénué de tout vestige de capsule surrénale, et que dans un autre cas vous avez vu la capsule surrénale exister bien qu'on ne trouvât ni le rein ni l'uretère; ensuite des anomalies très-prononcées d'un des côtés peuvent se concilier avec une disposition parfaitement normale du côté opposé; enfin la déviation d'un rein peut entraîner le déplacement de quelques autres viscères et même leur expulsion partielle à travers les ouvertures normales de l'abdomen, montrant ainsi l'exemple d'une hernie produite par le fait d'une déviation anatomique; en effet, vous avez vu une hernie inguinale de l'ovaire qui paraissait être la conséquence d'une anomalie de situation du rein : (M. Boinet, *B.* 8).

Sur une anomalie assez curieuse, en ce qu'elle est le premier degré de celle qui consiste dans la duplicité du vagin, vous avez vu une espèce de valvule qui, naissant de la paroi postérieure de ce conduit, se portait obliquement en avant et en bas. (M. Vernois).

Enfin, Messieurs, des anomalies que j'ai cru devoir placer à la suite de toutes les autres, parce qu'à elles seules elles en résument un grand nombre, ce sont ces transpositions générales de viscères dans lesquelles l'économie ne semble qu'un long contre-sens. Telle était celle que vous a si bien décrite M. Grisolles. Cette anomalie vous a permis de constater d'une manière péremptoire l'existence d'un fait anatomique encore en litige, à savoir, la connexité qui existe entre la concavité latérale gauche de la colonne vertébrale et la position à gauche de l'aorte. En effet, vous avez vu que l'aorte étant placée à droite, la concavité latérale existait de ce côté. Ce fait, qui vient contredire l'opinion de Bichat, sur la cause de la courbure latérale du rachis, est d'autant plus concluant, que M. Grisolles avait

précisément remarqué que le sujet de cette observation n'était pas gaucher.

Un autre cas de transposition des viscères chez un fœtus vous a été soumis par M. Valleix; mais je m'abstiendrai d'entrer ici dans aucun détail, parce que cette observation doit faire l'objet d'un travail spécial.

Maladies du tissu osseux. — Les caries vertébrales ne sont pas rares, mais on en voit peu d'exemples aussi remarquables que celui qui vous fut communiqué par M. Gendron, et dans lequel vous avez vu une dénudation complète du corps de la deuxième cervicale, avec destruction des substances intervertébrales situées au-dessus et au-dessous. Ce que cette pièce avait de plus remarquable, c'était moins l'altération des vertèbres que l'existence de ce vaste abcès qui, d'une part, occupait la place des deux muscles longs du col, et qui, de l'autre, pénétrant dans le canal rachidien, remontait jusqu'à la gouttière basilaire en décollant la dure-mère crânienne. C'est une chose peu commune qu'un abcès de cette nature suive un trajet ascendant au lieu de se faire jour vers des points plus déclives que celui de son origine. A côté de cette carie et de l'abcès qui en fut la conséquence, j'en placerai une autre qui, provenant de la même source, suivit une marche descendante, mais offrit cette particularité assez curieuse, que venant comprimer la trachée et la bronche droite, il détermina dans cette région un bruit de souffle dont on était loin de soupçonner la cause. (M. Vernois, *B.* 6).

Parmi les autres exemples de carie que vous avez eus sous les yeux, je citerai une carie superficielle de la quatrième côte avec fistule cutanée; (M. Vernois, *B.* 6); une carie de deux vertèbres dorsales chez une femme de 75 ans; (M. Després, *B.* 7); une carie des os du pied qui vous a été présentée récemment par M. Mourette.

Quant aux nécroses, vous avez observé un séquestre du

tibia complètement invaginé, et qui ne présentait aucune imminence de travail d'élimination (M. Vernois, *B.* 6); une nécrose de l'ischion qui détermina quelques-uns des phénomènes de la coxalgie; (M. Nélaton, *B.* 6).

Dans certaines circonstances, les lésions que je viens d'indiquer se sont trouvées réunies chez le même sujet, et il est permis de supposer qu'elles tenaient à une même cause qu'il ne vous a pas toujours été donné de connaître; ainsi c'est sur le même individu qu'ont été recueillies la carie des vertèbres cervicales, la carie d'une côte, le séquestre invaginé du tibia que vous présenta M. Vernois (*B.* 6). C'est aussi sur le squelette du même sujet que M. Rufz vous présenta une ankylose remarquable de l'articulation coxo-fémorale, et deux exostoses du tibia, l'une sous-périostique, l'autre intra-médullaire.

Vos travaux sur la carie et la nécrose n'ont pas exclusivement consisté dans l'étude attentive des pièces qui vous ont été soumises. Un de vos membres, M. Mourette, s'est occupé, dans un travail dont vous avez apprécié le caractère consciencieux, abstraction faite des résultats définitifs qu'il peut fournir à la science, de déterminer les caractères chimiques de la carie des os de la nécrose. Comme les questions qu'il a eu pour objet d'approfondir sont encore pendantes devant la Société, et que de nouvelles recherches ont été provoquées à ce sujet, je me borne ici à mentionner ce travail, sans entrer dans aucun développement.

Le ramollissement des os vous a été offert sous deux formes qu'on ne saurait trop s'attacher à distinguer, dans un cas que vous a présenté M. Cruveilhier (*B.* 6) : la friabilité, le défaut de consistance du tissu osseux, tenaient à l'infiltration abondante de matière adipeuse dans les mailles de la substance des os; cette infiltration diminuait tellement la cohésion du tissu osseux, que la croûte compacte des os longs se déchirait par lames et se laissait couper avec la plus grande facilité. Mais était-ce là un véritable ramol-

lissement? Non; c'était bien plutôt, ainsi que l'a dit M. Cruveilhier, une atrophie. La diminution de la matière osseuse était même telle en quelques points, que vous avez vu des cavités accidentelles se former dans les lieux où il n'existe pas de canaux médullaires dans l'état naturel. Ainsi M. Cruveilhier vous a-t-il présenté un col de fémur et un grand trochanter creusés d'un canal central (*B*. 8); ainsi encore, et à cette occasion il vous a dit avoir observé la même production d'une cavité centrale, soit dans le calcanéum, soit dans les côtes.

Bien différent de cette infiltration adipeuse, le ramollissement des os vous a été présenté dans son degré le plus caractérisé, sur des pièces que vous a soumises M. Roberti (*B*. 2); dans ce beau cas de ramollissement général des os, survenu chez une femme encore jeune et qui présentait quelques signes d'affection syphilitique, vous avez remarqué deux circonstances dignes d'intérêt; d'abord, l'extrême vascularité du tissu osseux qui se laissait en quelque sorte exprimer comme une éponge imbibée de sang; ensuite la présence, dans la cavité médullaire des os longs, d'une matière pulpeuse, molle, rougeâtre, dans laquelle on a cru apercevoir quelques linéamens de matière purulente; enfin une résorption spontanée du col des deux fémurs, en sorte que la tête de l'os était en contact avec le grand trochanter.

Ce qui avait été, dans cette circonstance, un des effets du ramollissement des os, est, chez quelques vieillards, l'effet de leur atrophie. Si dans l'un comme dans l'autre cas cette destruction spontanée du col du fémur était suivie d'une cicatrisation, on croirait facilement, à l'examen de semblable pièce, qu'il s'agit d'une consolidation d'ancienne fracture. C'est là une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans les prétendues consolidations qu'on croit trouver chez les vieillards, sans compter cette autre cause d'erreur qui tient à la déformation du col du fémur, si fréquente dans un âge avancé.

L'encéphaloïde, cette forme de cancer qui vous a été si souvent offerte dans presque tous les organes, s'est présentée plusieurs fois dans le tissu osseux. Deux cas remarquables ont principalement fixé votre attention; dans l'un, où la matière encéphaloïde existait sous forme de noyaux bien enkystés, vous avez pu suivre dans les os du crâne toutes les phases que peut présenter une encéphaloïde dans sa marche au-dehors du tissu diploïque où elle semblait avoir, cette fois, sa première origine. En effet, vous avez vu, dans ce cas, des noyaux encéphaloïdes complètement engaînés entre les deux lames du diploé; d'autres qui s'étaient déjà fait jour en dehors aux dépens de la lame externe; d'autres qui s'étaient fait jour au dedans aux dépens de la lame interne, tandis que l'un d'eux ayant détruit complètement les deux tables, représentait un tampon ou obturateur qui fermait complètement la perte de substance faite aux parois du crâne (M. Tessier, *B.* 1). La femme sur laquelle cette pièce avait été recueillie portait un cancer au sein. La cavité médullaire des fémurs était également farcie de noyaux encéphaloïdes, et j'indiquerai à l'article *fracture*, à quelles conséquences avait donné lieu la présence de ces masses. Un autre cas qui, sous plusieurs points de vue, est tout-à-fait analogue à celui-ci, vous a été présenté par M. Marotte (*B.* 7). La présence de la matière encéphaloïde dans les os devint également, dans ce cas, une cause de fractures.

L'encéphaloïde n'est pas le seul produit de nouvelle formation que vous ayez observé dans les os; on vous a montré l'infiltration tuberculeuse du tissu osseux : 1.° dans un cas de tumeur blanche du coude, chez un enfant (M. Nélaton, *B.* 8); 2.° dans le corps des vertèbres dorsales chez un sujet sur lequel la dure-mère rachidienne elle-même avait été détruite dans une étendue considérable par une cause de même nature (M. Petel); 3.° enfin, dans le corps de quelques vertèbres lombaires, chez un enfant de cinq ans qui avait des tubercules dans le testicule (M. Nélaton, *B.* 6).

Je dois rapprocher des pièces sur le cancer des os, sans oser affirmer que ce soit exactement le même cas, cette production remarquable de deux énormes tumeurs, l'une à la face interne, l'autre à la face externe de l'os coxal ; tumeur curieuse par la composition intime de leur tissu, et par l'espèce de zône osseuse qui entourait le lieu de leur continuité avec la substance spongieuse de l'os (M. Mercier, *B.* 8).

Cette zône osseuse qui entourait le pédicule de la tumeur, ne semblait point être ici le résultat d'une production nouvelle ; il semblait que ce fût la lame diploïque de l'os coxal que le développement de la tumeur avait fait éclater ; et malgré les doutes qu'on a pu élever sur la question de savoir si cette tumeur provenait réellement du tissu osseux, ou si elle s'était communiquée à lui, la présence d'une tumeur semblable du côté opposé du même os semble indiquer que c'était dans le tissu même de l'os qu'elles avaient une commune origine.

Le décollement des épiphyses comme résultat de violence extérieure, ne vous a pas été offert une seule fois dans le cours de cette année; mais comme conséquences de lésions aiguës ou chroniques des articulations, ou siégeant dans le voisinage des articulations, vous en avez observé deux exemples : l'un pour l'épiphyse supérieure du radius, dans un cas de tumeur blanche du coude (M. Defrance, *B.* 2) ; l'autre pour les cartilages épiphysaires de plusieurs os longs, dans un cas d'abcès sous-périostiques multiples; M. Valleix (*B.* 7).

Productions osseuses anormales. — Parmi cette foule de productions osseuses de nouvelle formation qui vous ont été offertes sous les formes les plus variées ; je vous rappellerai les suivantes : 1° l'infiltration de substance osseuse dans le muscle brachial antérieur, ainsi que vous l'avez observé dans un cas de luxation ancienne du coude (M. Fleury, *B.* 8) ; 2° la formation accidentelle d'un bourrelet osseux circonscrivant l'épanchement sanguin dans un cas de céphalœmatome (M. Valleix, *B.* 8);

3° une autre forme de production osseuse nouvelle qui, tout en tenant à une cause différente, est évidemment de la même nature, et se développa par le même mécanisme; je veux parler de cette remarquable production d'ostéophytes des os longs que vous présenta M. Valleix (*B.* 7) dans un cas d'abcès sous-périostiques chez un enfant nouveau-né. Vous avez vu que dans ce cas, la production nouvelle ne se présentait pas sous la forme d'un bourrelet comme dans le cas de céphalœmatome, mais bien sous celle d'un étui osseux, complet ou incomplet suivant que les os longs étaient malades à leurs deux extrémités à la fois, ou bien à une seule. Ici, la cause de la production nouvelle était un abcès, au lieu d'être un épanchement sanguin comme dans le céphalœmatome, et quant à la forme de gaine opposée à celle de bourrelet, cela tenait à cette seule différence, que dans un cas la production nouvelle s'était formée sur un os large, tandis que dans l'autre elle s'était formée sur un os long. 4° C'est sans doute au même mode de formation que se rattachent ces couches osseuses nouvelles, qui jouent un si grand rôle dans l'accroissement de volume des têtes articulaires dans la tumeur blanche? 5° Etait-ce à une cause de même nature qu'était due cette remarquable hypertrophie de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde que vous présenta M. Andral (*B.* 8), c'est ce qu'il m'est impossible de décider, d'après l'absence de tout renseignement sur les antécédens du sujet auquel appartenait cette pièce; mais quelle qu'ait été la cause de cette hypertrophie qui me semble se rattacher à ce que Benjamin Bell désigne sous le nom de *morbus coxæ senilis*, il est manifeste que, dans ce cas, la force plastique s'était exercée avec une énergie peu commune, ainsi que le témoigne l'existence de cette longue apophyse qui du petit trochanter allait s'articuler avec l'épine iliaque antérieure inférieure, donnant ainsi à la partie supérieure du fémur, l'aspect d'une fourche qui soutenait l'os coxal dans deux points différens de son étendue. 6° Des diverses

productions que je viens d'énumérer se rapprochent celles qui se développent autour d'os nécrosés : tel était l'étui osseux que vous a montré M. Fleury autour d'une esquille complètement séparée du tibia (*B.* 6) ; tel était encore un cas de nécrose complètement invaginée dans le corps du tibia (M. Vernois, *B.* 6). 7° Tout ce qui précède nous conduit naturellement aux cas de cicatrisation du tissu osseux, ou de formation de cal. Sous ce point de vue, je vous rappellerai les expériences dont M. Heine (*B.* 6) vous a mis les résultats sous les yeux. Vous vous rappelez qu'entre autres particularités dignes d'intérêt, vous avez noté qu'un fragment de côte complètement isolé et replacé immédiatement après, s'était réuni par un véritable cal à l'une de ses extrémités, tandis qu'à l'autre extrémité il s'était formé une fausse articulation. 8.° Il est une variété de production osseuse qu'on vous a montrée sur les surfaces articulaires dépourvues de leurs cartilages (M. A. Andral, *B.* 8) : je veux parler de cette matière éburnée qui offre, ainsi que son nom l'indique, la dureté et le poli de l'ivoire, et qui semble se former partout où des surfaces osseuses, dépouillées de cartilage, conservent la faculté de frotter l'une contre l'autre. Or, cette matière éburnée est-elle un produit nouveau ? est-elle le résultat tout spécial d'une sécrétion du tissu osseux, ou bien est-ce le tissu de première formation lui-même qui, sous l'influence mécanique du frottement, a pris une surface polie comme le feraient des fragmens de marbre frottés les uns contre les autres ? J'ai peine à admettre une origine toute mécanique à cette substance si dure, si compacte et d'un aspect si différent de celui des os ; je ne puis m'empêcher de croire qu'elle est le résultat d'une sécrétion, d'une formation nouvelle, et c'est là ce qui m'engage à la mentionner parmi les productions osseuses de nouvelle formation.

Le rapprochement de toutes ces productions anormales des os ne semble-t-il pas nous conduire à admettre l'identité de leur nature, malgré la diversité de leurs formes ?

Ainsi donc, que ce soit autour d'un épanchement sanguin, comme dans le céphalœmatome, autour d'un épanchement purulent comme dans les abcès sous-périostiques; que ce soit au voisinage d'une luxation ou autour d'une esquille dans un foyer de fracture, et d'un séquestre dans une nécrose; que les organes transformés en tissu osseux, ou remplacés par de la matière osseuse, soient des muscles, des bourrelets ou des ligamens; c'est partout le même principe qui préside à ces formations nouvelles. Partout, en effet, où une cause d'irritation agit sur le tissu des os, il se déclare à la limite du mal ou dans son voisinage un mouvement de production osseuse, mouvement ou force plastique constante dans son origine qui est une irritation des os, mais aveugle dans ses tendances, puisque si elle est bienfaisante quand elle a pour effet la consolidation des fractures et la réparation des pertes de substance aux parois des cavités osseuses, elle devient nuisible quand elle détermine l'ankylose à la suite d'une luxation, ou bien quand elle entoure sans discernement dans toute son étendue un séquestre qui doit être éliminé de l'organisme.

Malgré la grande généralité dont ce principe me paraît susceptible dans ses applications, je n'ose lui rattacher d'autres productions osseuses plus obscures dans leur étiologie. Je citerai donc à part deux exostoses du tibia qui vous furent présentées chez le même sujet, et qui semblaient la contre-partie l'une de l'autre, en ce que la première, sous-périostale, faisait relief à la surface extérieure de l'un des tibias, tandis que l'autre, intra-médullaire, faisait relief dans la cavité centrale du tibia opposé. (M. Rufz, *B.* 2).

Fractures. — De nombreux cas de fractures vous ont été soumis; je vous rappellerai les suivans : 1.° une fracture multiple de l'extrémité supérieure du fémur recueillie chez un vieillard, et consistant dans la séparation des deux trochanters avec fracture du col à sa base (M. Denonvilliers, *B.* 3); 2.° un autre cas de fracture multiple de l'extré-

mité supérieure du fémur, d'autant plus remarquable que la solution de continuité qui séparait le grand trochanter était longitudinale, c'est-à-dire, parallèle au grand axe de l'os, et qu'ensuite elle était incomplète, cette fracture étant béante à sa partie supérieure, tandis qu'inférieurement la continuité du tissu osseux n'était pas détruite (M. Fleury, *B.* 3); 3.° une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe par cause directe, remarquable en ce que les deux os de la jambe avaient été brisés à-peu-près à la même hauteur, et en ce que la fracture du péroné était consolidée, tandis que celle du tibia présentait, dans son fragment inférieur, une esquille entourée de substance osseuse vivante (M. Fleury, *B.* 8).

Deux pièces qui se rattachent à l'histoire de la consolidation des fractures, vous ont été présentées bien différentes l'une de l'autre, et remarquables par l'absence de consolidation dans un cas, et par la richesse, je puis même dire l'exubérance de ce travail dans l'autre. Le premier consistait dans une fracture du col du fémur, suivie de destruction de ce prolongement chez une femme de 69 ans, morte huit mois après la fracture. Vous avez remarqué dans ce cas l'aspect mamelonné des surfaces de la fracture qui s'étaient parfaitement cicatrisées isolément l'une de l'autre, et qui étaient préparées pour une fausse articulation (M. Vernois, *B.* 4). L'autre pièce est doublement remarquable, et par la beauté du travail de consolidation en lui-même, et parce qu'il s'était développé dans des circonstances peu favorables : il s'agit en effet d'une fracture de la cuisse par une balle qui était encore incrustée en partie dans la substance osseuse. Vous avez pu voir, dans ce cas, que là où malgré l'abondante formation de cal il existait quelques lacunes, elles étaient comblées par ce tissu comme fibro-cartilagineux des cicatrices, lequel, à la manière d'une pièce de remplissage, d'un mastic organisé, donnait au cal un aspect régulièrement arrondi, et masquait l'inégalité de

ses formes (M. Chassaignac, *B.* 4). Parmi les exemples de consolidations heureuses, je vous rappellerai une consolidation parfaite des deux os de l'avant-bras, au vingtième jour de la fracture, chez un jeune enfant (M. Nivet, *B.* 6).

Parmi les fractures qui vous ont été présentées, il en est qui sont survenues à la suite de causes tellement légères qu'on aurait eu peine à s'en expliquer la production si l'anatomie pathologique n'en eût éclairé le mécanisme. Dans ce cas sont : 1.° la fracture de l'humérus que se fit une malade en voulant prendre un pot de tisane : or, dans cette circonstance, des encéphaloïdes existaient dans le canal médullaire (M. Marotte, *B.* 7). Telle était encore cette fracture des deux cuisses chez une femme, après la mort de laquelle on trouva le canal médullaire de ces os rempli de noyaux encéphaloïdes bien enkystés, et faisant chapelet à l'intérieur du tissu osseux, ensorte que je ne crois pouvoir donner une idée plus exacte du fémur dans ce cas, qu'en le comparant à un canon de fusil chargé de plusieurs balles (M. Tessier, *B.* 1).

Ces deux remarquables observations vous montrent, Messieurs, qu'il ne faut pas toujours attacher au mot de ramollissement des os par le cancer, l'idée d'un ramollissement réel du tissu osseux, mais dans bien des cas, celle d'une destruction des parois du cylindre, par une matière enkystée ou non enkystée, qui, prenant la place de la matière osseuse, et réduisant les parois de la cavité médullaire à une lame très-mince et très-fragile, ne leur permet qu'une faible résistance quand bien même cette lame osseuse aurait conservé sa consistance intrinsèque normale.

Maladies des articulations. — Le vif intérêt qui s'attache à l'histoire des lésions des os dans leur contiguité ou dans leurs jointures, m'a porté à réunir en un groupe toutes les lésions anatomiques des articulations qui vous ont été soumises dans le cours de cette année.

Une pièce anatomique remarquable en ce que les carac-

tères parfaitement tranchés qu'elle présentait peuvent la faire considérer comme un type dans le genre, c'est cette belle ankylose coxo-fémorale qui vous fut offerte par M. Rufz (*B.* 2), et sur laquelle vous avez constaté la fusion des deux os ankylosés à un point tel, que tout vestige de cartilage et de croûte compacte ayant disparu, le tissu spongieux se continuait de l'os coxal au fémur sans aucune trace de démarcation.

Une autre articulation coxo-fémorale vous a présenté un mode d'altération bien remarquable, et que j'éprouve quelque embarras à dénommer; car bien que l'hypertrophie des os fût ici la condition dominante, ce serait donner de cette lésion singulière une idée peu satisfaisante, que de la désigner sous le nom *d'hypertrophie des os.* Je crois donc pouvoir la désigner sous le nom *d'hypertrophie de l'articulation coxo-fémorale.* En effet, vous avez vu sur cette pièce que, d'un côté, la tête du fémur, ayant au moins le double du volume ordinaire, conservait dans sa forme une régularité parfaite, et que de son côté la cavité cotyloïde avait des dimensions rigoureusement proportionnelles à celles de la tête du fémur. Vous avez aussi remarqué que l'ossification du bourrelet cotyloïdien et le relief considérablement accru du pourtour de la cavité cotyloïde, avaient déterminé l'incarcération de la tête du fémur qui ne pouvait plus être retirée de sa cavité (M. A. Andral, *B.* 8).

C'est, Messieurs, un phénomène peu commun que l'accroissement anormal d'une tête osseuse, coïncidant avec un accroissement rigoureusement proportionnel de la cavité articulaire correspondante. Ordinairement quand une tête osseuse croît en volume, la cavité dans laquelle elle était primitivement reçue se refuse à la contenir plus longtemps, et la tête osseuse se retire peu-à-peu. Il est donc permis de supposer qu'un mécanisme particulier a dû présider dans cette circonstance à la marche des phénomènes. Quel est ce mécanisme? Je conjecture qu'il a dû être le

suivant : A l'époque où, sous l'influence d'une cause qui n'a pas été connue, de la matière osseuse de nouvelle formation s'est produite, elle a envahi le bourrelet cotyloïdien, et dès-lors elle a déterminé l'enclavement, l'incarcération de la tête du fémur. Cette dernière restant ainsi dans sa place et continuant à se dilater, force a été à la cavité cotyloïde de se prêter à cette dilatation et de s'aggrandir en conséquence.

Au reste, je suis le premier à reconnaître tout ce que cette explication peut avoir d'hypothétique. Mais ne la trouvant pas tout-à-fait dénuée de vraisemblance, j'ai cru pouvoir la soumettre au jugement de la Société.

Vous avez eu sous les yeux un exemple d'ankylose du genou, curieux par la pluralité des causes qui déterminaient l'immobilité de l'articulation. (M. Chassaignac, *B.* 4).

Les luxations qui vous ont été présentées étaient récentes ou anciennes. Parmi les premières je vous rappellerai une luxation du coude en arrière, accompagnée de déchirure partielle du muscle brachial antérieur, sans aucune altération des vaisseaux ni des nerfs (M. Boudrie, *B.* 6) ; une luxation du pied en dedans avec fracture horizontale de la malléole interne, accompagnée en outre d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, dans laquelle le fragment inférieur de cet os avait entraîné avec lui une esquille ou lame osseuse taillée aux dépens de l'extrémité inférieure du tibia (M. Lediberder, *B*....).

A côté des luxations, se range de soi-même l'arrachement des ligamens, quand bien même cette avulsion n'aurait pas été accompagnée du déplacement des surfaces articulaires.

Vous avez observé un cas de cette espèce, et c'est peut-être un des plus rares que la science possède en ce genre ; il s'agit de cette avulsion complète des deux ligamens croisés du genou, l'antérieur à son insertion tibiale, le postérieur à son insertion fémorale. Cette pièce vous a encore

intéressé sous le point de vue de la netteté avec laquelle s'était opérée l'avulsion des ligamens, qui avaient laissé la surface de leur implantation parfaitement dénudée et sans aucun lambeau.

Cette avulsion, en sens inverse des deux ligamens, fait naître plusieurs questions intéressantes à résoudre sur le mécanisme suivant lequel a dû agir la cause de lésion, sur les dispositions anatomiques des deux ligamens comparés entr'eux : car ce n'est pas sans quelque cause spéciale qu'un des ligamens s'est détaché du fémur, tandis que l'autre s'est détaché du tibia.

Aux luxations anciennes, je rattacherai cette luxation du coude en arrière, dans laquelle vous avez vu une masse osseuse occupant la place du brachial antérieur, et qui, enclavant l'extrémité inférieure de l'humérus, rendait à jamais impuissante toute tentative de réduction (M. Fleury, *B...*). M. Grisolles (*B...*) vous a présenté une luxation du cinquième doigt sur le cinquième métacarpien. Mais l'absence de renseignemens n'a pas permis de déterminer s'il s'agissait d'une luxation par violence extérieure ou d'une luxation spontanée. Cette dernière conjecture vous a paru la plus vraisemblable, vu la déformation des surfaces articulaires,

Vous avez eu sous les yeux un cas de luxation incomplète de l'astragale qui s'énucléait à la fois de la surface tibiale et de la surface astragalienne. Une atrophie considérable du fémur coexistait avec cette luxation incomplète, et il est resté extrêmement probable que ce déplacement était le résultat acquis de la tendance incessante du pied à prendre la direction verticale pour suppléer au défaut de longueur du fémur atrophié ; car, d'une part, cette luxation ne semblait pas avoir été la suite d'une violence extérieure, et d'une autre part, elle ne devait pas être congéniale, attendu que les surfaces en parties énucléées conservaient encore en partie leurs cartilages, ce qui, je pense, est incompatible

avec la supposition d'une luxation congéniale. Cette luxation vous a encore offert ceci de bien remarquable que, par suite de l'extension immodérée du pied, le calcanéum venait s'articuler avec le péroné, et que l'onglet postérieur de l'astragale correspondait à la surface inférieure du tibia contre laquelle il commençait à s'arcbouter (M. Chassaignac, *B*. 4).

Quelques collections purulentes dans les articulations vous ont été présentées, mais aucune d'elles ne constituait un abcès d'articulation proprement dit : toutes se liaient à d'autres affections plus graves dont elles n'étaient qu'un accompagnement, une conséquence directe, ou bien une véritable propagation. Tels étaient cet abcès du genou chez un sujet qui succomba à un rhumatisme articulaire aigu (M. Pigeaux, *B*. 8) ; cet autre abcès du genou coexistant avec une phlébite spontanée du membre pelvien (M. Fournet, *B*. 8) ; cet abcès de l'articulation scapulo-humérale qui s'était fait jour dans l'articulation après avoir eu son point de départ dans la fosse sous-scapulaire : (M. Vernois, *B*. 6) ; ces autres abcès multiples qui, périostiques dans leur origine, s'étaient propagés delà dans quelques articulations voisines (M. Valleix, *B*. 7). Un seul cas s'est présenté dans lequel on aurait pu croire à l'existence d'un abcès essentiel dans l'articulation tibio-tarsienne, et encore la présence d'un foyer purulent dans l'un des reins du sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, autorise-t-elle à penser que l'abcès articulaire n'était dans ce cas que l'expression d'une lésion plus générale (M. Rufz, *B*....).

Mais ce qui vous a fourni la plus abondante moisson de lésions articulaires, c'est cette redoutable affection qui envahit, soit d'emblée, soit une à une, toutes les parties dont une articulation se compose, sorte de pandœmonium qui résume à lui seul presque toutes les altérations dont les articulations sont susceptibles, puisqu'il n'est presque aucune de ces altérations qui ne puisse être appelée à y

jouer un rôle plus ou moins important. C'est assez désigner la tumeur blanche.

Ce qui doit fixer d'abord notre attention dans cette revue des articulations atteintes de tumeur blanche, ce sont avant tout, les extrémités osseuses; car on peut, je pense, sans trop de témérité, avancer que dans quatre-vingts cas sur cent, c'est en elles que réside le siége primitif du mal. Or, parmi les altérations de ses extrémités osseuses, on vous a présenté en première ligne leur carie et leur ramollissement, (M. Nélaton, *B...*); leur morcellement avec séparation de fragmens osseux flottant dans une tumeur blanche du coude (M. Defrance, *B.* 2); la séparation de leurs épiphyses, ainsi que vous l'avez vu dans un cas où la cupule épiphysaire de l'extrémité supérieure du radius avait été décollée chez une fille de 16 ans, circonstance qui conduit à se poser cette question assez curieuse à résoudre : Quelle influence la tumeur blanche des enfans exerce-t-elle sur la soudure des épiphyses ? Vous avez encore constaté dans ces extrémités des os leur infiltration par du pus (M. Després, *B.* 7); par de la matière tuberculeuse (M. Nélaton, *B.* 8); leur accroissement de volume tenant à deux causes parfaitement distinctes, d'un côté à un gonflement par intus-susception, si je puis m'exprimer ainsi, et d'un autre côté, à un accroissement par sur-application de couches de nouvelle formation, en un mot, à un accroissement par juxta-position. Vous avez vu que les caractères des couches nouvelles consistent, 1° en ce qu'elles constituent des lames engaînantes ou étuis; 2° en ce qu'elles présentent des trous nourricieers énormes; 3° en ce qu'elles offrent une extrême vascularité; 4° en ce qu'elles ont une surface périostale granuleuse et boursoufflée, et une surface profonde susceptible de se détacher de la surface osseuse primitive en lui laissant son aspect lisse et poli (M. Nélaton, *B.* 7).

Amenés par l'inspection des pièces anatomiques de tu-

meurs blanches sur le terrain d'une question encore litigieuse, celle des maladies des cartilages, vous avez étudié diverses pièces qui vous ont présenté, tantôt ces cartilages conservant tous les caractères de l'état sain au milieu des désordres les plus graves des articulations (M. Nélaton, *B.* 7), tantôt ces cartilages résorbés. Vous avez même été témoins d'un cas dans lequel un cartilage semblait soumis à une double résorption, d'un côté par sa surface appliquée contre l'os, d'un autre côté, par sa surface libre qui se trouvait revêtue par une calotte membraneuse de nouvelle formation. (M. Nélaton, *B*....)

Quand je me sers du mot résorption pour désigner ces disparitions complètes ou incomplètes des cartilages d'encroûtement, je n'entends rien préjuger sur le mode suivant lequel s'effectue la disparition des cartilages articulaires; car il est à présumer que cette disparition n'est pas le seul fait d'une résorption pure et simple, mais qu'il se passe un travail mixte, et que si c'est en définitive l'absorption qui enlève les dernières traces des cartilages, ceux-ci sont soumis à des modifications préalables de la part des liquides renfermés dans une articulation malade.

Cette destruction des cartilages dans la tumeur blanche n'est le plus ordinairement suivie d'aucun travail réparateur; mais dans les cas où les surfaces articulaires dénudées de cartilages se meuvent encore, on voit les cartilages remplacées par une matière dure semblable à de l'ivoire, véritable cartilage osseux qui, sous le rapport du poli des surfaces, le dispute aux cartilages eux-mêmes (M. Andral, *B.* 8).

Quand bien même les cartilages seraient des substances inorganisées et non vivantes, on se rendrait parfaitement compte de leurs altérations de couleur, de leur destruction, etc. Mais c'est au sujet de leur ramollissement que s'élèvent des présomptions qui semblent puissantes en faveur de l'organisation et de la vitalité de ces substances. Les pièces qui vous ont été mises sous les yeux à ce sujet peuvent

se ranger en deux classes : dans les unes le ramollissement était général. Ainsi vous avez vu le ramollissement du cartilage de la rotule dans un cas d'abcès du genou (M. Fournet, *B.* 8). Vous avez vu que dans les cas de cette espèce le cartilage ramolli se présente sous l'aspect d'un velours dont les villosités peuvent être couchées et renversées les unes sur les autres, comme les villosités intestinales ou les papilles de la langue. L'existence de ces cas de ramollissement général est parfaitement compatible avec l'idée d'un ramollissement du cartilage par macération, par influence chimique, etc. Mais que penser de ces ramollissemens circonscrits qui font tache dans le cartilage , qui, d'un côté, forment une île parfaitement isolée au milieu d'un cartilage sain , et qui non seulement n'occupent pas toute la largeur du cartilage , mais encore ne le pénètrent pas dans toute son épaisseur et n'arrivent pas au contact avec l'os ? J'avoue franchement que tout en inclinant vers l'opinion de la non-vitalité des cartilages, ces ramollissemens insuliformes me semblent fournir matière à des objections embarrassantes et qui donnent sérieusement à penser.

A défaut de toute autre considération, les seules différences physiologiques qui existent entre les cartilages épiphysaires et les cartilages d'encroutement, suffiraient pour faire admettre *à priori* que leurs altérations ne doivent pas être de la même nature. M. Nelaton (*B.* 7), est venu confirmer par une observation directe cette hypothèse pleine de vraisemblance. Il vous a montré dans un cas de tumeur blanche, chez un enfant, des petites vésicules existant au sein du cartilage épiphysaire, contenant une substance albumineuse, et communiquant avec des vaisseaux émanés de la substance osseuse de la diaphyse.

L'inflammation des synoviales vous a été offerte à un haut degré dans une articulation coxo-fémorale chez un enfant; vous avez vu le réseau vasculaire sous-synovial pénétré d'une injection sanguine d'un rouge vif, et dont l'as-

pect rappelait celui de la pie-mère. La même synoviale vous a présenté une série de granulations blanches que M. Nélaton a comparées avec beaucoup de justesse à celles qu'on trouve dans certaines péritonites (M. Nélaton, *B*. 8).

On vous a présenté des pseudo-membranes articulaires sous des formes variées. Ainsi, dans un cas de tumeur blanche du genou, vous avez vu tout le cartilage d'encroutement du fémur revêtu d'une calotte pseudo-membraneuse ayant une ligne d'épaisseur, un aspect granuleux, et pouvant, ainsi que M. Cruveilhier vous l'a fait remarquer, faire naître l'idée d'une synoviale épaissie (M. Nélaton, *B*. 7). Ici l'erreur était facile à éviter ; il n'en est pas ainsi d'un cas de tumeur blanche chez un enfant de 10 ans, sur lequel on vous a montré la cupule cartilagineuse du radius revêtue d'une lame membraneuse, très-fine, de nature celluleuse et membraneuse qui se perdait d'une manière insensible à la surface du cartilage (M. Nélaton, *B*. 8).

Au milieu des faits qui précèdent, vous aurez sans doute remarqué, Messieurs, que c'est dans la tumeur blanche chez les enfans que vous avez deux fois rencontré, à des périodes diverses d'organisation, des productions pseudo-membraneuses, et que cette même tumeur blanche des enfans vous a offert deux lésions qui ne sauraient se rencontrer chez l'adulte, savoir : le décollement des épiphyses et la lésion qu'on peut, je crois, nommer *altération vésiculaire* des cartilages épiphysaires.

Toutes ces belles pièces de tumeurs blanches n'ont point passé sous vos yeux sans soulever d'importantes questions. A l'occasion de la tumeur blanche coxo-fémorale, je vous rappellerai une opinion de M. Nélaton qui pense qu'entr'autres causes du raccourcissement du membre dans la coxalgie, il faut noter le raccourcissement du fémur par atrophie de cet os suivant la longueur, et le refoulement possible en haut de l'hémisphère supérieur de la cavité cotyloïde par la pression long temps prolongée qu'exerce contre elle la tête

du fémur poussée par la contraction tonique des muscles qui environnent l'articulation. Bien que ces remarques se rattachent essentiellement à la tumeur blanche, elles vous ont été soumises à l'occasion d'une carie de l'ischion qui avait donné lieu à plusieurs des signes de la coxarthrocace, et daus laquelle le fémur, du côté malade, était de trois lignes plus court que celui du côté opposé (M. Nélaton, *B.* 8).

(*La suite au prochain Numéro*).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations propres à confirmer la doctrine de l'antagonisme nerveux, *de M.* Bellingeri (1).

Obs. I.re — *Méningite aiguë limitée à la moitié postérieure de la moelle épinière; opisthotonos;* par le docteur Giuseppe Ferro. — Madeleine Pozzuolo, âgée de 13 ans, d'une constitution grêle, travaillant dans une filature de soie, avait toujours été bien portante, sauf quelques maladies de l'enfance, dont elle s'était bien rétablie. Le 17 juin 1834, elle fut prise des symptômes suivans: frisson; lassitude des membres; anxiété; ardeur et larmoiement des yeux; douleur gravative de la tête, limitée à la région occipitale, et s'étendant le long du cou dans toute la longueur du rachis. Le lendemain, d'abord prurit et ensuite sensation pénible à l'épigastre, suivie d'une raideur des muscles du cou et de la mâchoire inférieure, qui s'accrut peu-à-peu et s'étendit à tout le corps. La malade resta ainsi pendant quatre jours, le tronc étant droit et

(1) *Annali universali di Medicina*, tome LXXI, p. 111. — Dans un prochain Numéro, nous exposerons cette doctrine d'après l'ouvrage même que M. Bellingeri a publié sur ce sujet.

tout-à-fait inflexible. A cette époque on lui fit trois saignées, et tant que durèrent le trismus et la dysphagie, on ne lui fit prendre aucun médicament. Le 21 juin, cinquième jour de la maladie, elle entra à l'hôpital de Vercelli, dans les salles du docteur Dardana. Etat actuel : céphalalgie générale, mais plus intense à l'occiput ; douleur dans toute l'étendue du rachis ; visage injecté ; légères convulsions cloniques dans les muscles de la face et surtout des lèvres ; pupilles un peu dilatées, surtout la gauche ; trismus ; incurvation de tout le corps en arrière ; la tête et le cou étaient tirés en arrière, ainsi que les membres tant supérieurs qu'inférieurs ; toutes ces parties offraient une grande rigidité ; si l'on cherchait à fléchir et à mouvoir le tronc ou les membres, on éprouvait une résistance insurmontable, et on déterminait des douleurs très-vives. Les facultés intellectuelles étaient intactes ; la sensibilité de la peau était normale ; peau sèche et chaude ; pouls tendu, petit et fréquent ; respiration un peu difficile et anxieuse. On peut admettre comme cause déterminante de cette maladie, une chute que la jeune fille avait faite dans un escalier, la veille du développement des symptômes. (Saignée d'une livre, de la veine jugulaire ; deux gros d'émétique dissous dans six onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées). Le sang donna un caillot résistant, mais sans couenne. Dans la nuit, mêmes symptômes ; deux saignées du bras, de six onces, fournirent un sang naturel. Le 22 juin, diminution de la céphalalgie ; pâleur de la face ; abaissement de la température de tout le corps ; pouls petit, fréquent et déprimé ; trismus et opisthotonos au même degré ; muscles de l'abdomen tendus et présentant une surface parfaitement plane ; constipation ; fonctions intellectuelles intactes. (Bain tiède, sinapisé ; vésicatoires très-actifs aux cuisses). La malade mourut environ une heure après la visite.

Autopsie 24 heures après la mort. — On trouva une

quantité considérable de sérosité sanguinolente dans la cavité de la dure-mère rachidienne, surtout dans les régions cervicale et lombaire, et vers la queue de cheval. L'arachnoïde et la pie-mère rachidiennes offraient des traces manifestes d'inflammation; mais il est à remarquer que cette inflammation existait seulement à la face postérieure de la moelle, dans toute la longueur de celle-ci, et sans qu'on pût observer rien de semblable à ses parties latérales. Cette phlegmasie s'étendait seulement jusqu'au point d'origine des racines postérieures des nerfs spinaux, de manière que ni celles-ci, ni les faces latérales et antérieures de la moelle ne présentaient aucune trace de phlogose ni de congestion sanguine. L'inflammation était limitée aux membranes; la substance blanche et la grise étaient saines. Dans la cavité crânienne, toutes les circonvolutions du cervelet étaient injectées. Cette injection était surtout prononcée sur la tente; la surface externe des hémisphères cérébraux, et surtout du droit, étaient aussi injectées. A la base de ceux-ci, on trouva une collection de sérosité, et quelques adhérences. Les autres parties de l'encéphale étaient à l'état normal; seulement on observa des traces manifestes d'inflammation dans les membranes qui enveloppent la protubérance annulaire.

Cette observation, où l'on voit un opisthotonos général produit par une méningite du cervelet et des cordons postérieurs de la moelle dans toute leur étendue, confirme la théorie de Bellingeri, qui admet que le cervelet et les cordons postérieurs de la moelle servent aux mouvemens d'extension. Cet opisthotonos général ne peut pas être attribué seulement à la méningite cérébelleuse, car le plus souvent les affections limitées au cervelet ne produisent que l'opisthotonos du cou et de la tête. Ce fait est d'accord avec un autre fait publié par Bellingeri (1). Il est vrai qu'il

(1) *Annali di Medicina*, vol. LXVIII, p. 431.

existait aussi une méningite des hémisphères cérébraux, avec épanchement de sérosité et des adhérences, et il est à remarquer que la maladie s'était manifestée au début sous la forme de *tétanos droit*, ce qui indique que tout le système musculaire était également affecté de spasme, la méningite étant étendue à tout l'encéphale; mais plus tard l'affection du cervelet, indiquée par la douleur plus intense à la région occipitale, prenant le dessus, et la phlogose s'étendant uniquement aux cordons postérieurs de la moelle, l'opisthotonos succéda au tétanos droit.

L'inflammation était limitée à l'arachnoïde et à la pie-mère; la substance blanche, ainsi que la grise, étaient à l'état normal. On observa aussi que la sensibilité était intacte; ce qui prouve un autre point de la doctrine de Bellingeri, que la substance grise préside au sens du toucher, et démontre en outre, contre l'opinion de M. Magendie, que les cordons postérieurs ne président point à la sensibilité, puisqu'ils étaient affectés à leur surface par la méningite, d'où le spasme général dans le sens de l'extension, tandis que la sensibilité n'était ni augmentée, ni diminuée.

La mort rapide qui eut lieu dans ce cas semble devoir être attribuée à l'inflammation des membranes qui recouvrent la face antérieure du pont de varole. Dans le cas cité plus haut de Bellingeri, la mort fut également prompte, et l'on trouva à l'autopsie, une inflammation qui occupait toute l'étendue de la pie-mère qui enveloppe la queue de la moelle alongée. On sait depuis les travaux du professeur Rolando, quelle est l'influence de la moelle alongée sur la vie.

L'observation suivante, extraite du *Bulletino delle scienze mediche della Societa medica-chirurgica di Bologna*, juin 1834, démontre que l'opisthotonos général dépend quelquefois de l'inflammation des cordons postérieurs ou cérébelleux de la moelle, le cervelet étant intact.

Obs. II.e — *Myélite aiguë limitée à la moitié postérieure de la moelle; opisthotonos général;* par le Dr Marco Paolini. —

Un homme très-robuste, dans la fleur de l'âge, entre, il y a deux ans, à l'hôpital de S.te Ursule, pour une double hydrocèle de la tunique vaginale, suite d'une orchite blennorrhagique, seule maladie qu'il eut soufferte dans toute sa vie. On employa un traitement palliatif, à droite, et on tenta la cure radicale du côté gauche où la tumeur était plus ancienne et plus volumineuse ; non-seulement il fut nécessaire de pratiquer une incision large et étendue de la tunique vaginale, mais aussi d'exciser une portion de cette membrane. Le malade supporta l'opération avec courage, et resta sans fièvre les deux jours suivans. Mais au début du troisième jour, fièvre intense; douleurs lancinantes dans la plaie; délire; sensation très-pénible le long de la colonne vertébrale. La méthode contro-stimulante, employée tout de suite, calma un peu la fièvre; les douleurs lancinantes devinrent moins vives. Cette amélioration fut accompagnée de la chute d'une escharre gangréneuse étendue qui avait envahi le tissu cellulaire qui environne le testicule, la tunique vaginale et la surface interne du scrotum.

Le jour suivant, septième jour après l'opération, tandis que la plaie offrait des bourgeons charnus d'aspect favorable, et que les phénomènes inflammatoires généraux étaient presque entièrement calmés, le malade s'aperçut d'une certaine difficulté dans les mouvemens de la mâchoire inférieure, et d'une légère raideur dans les muscles postérieurs du cou, ce qu'il exprimait en disant qu'il lui-semblait qu'une corde le tirait en arrière. Le trismus fut complet ; la rigidité s'étendit aux muscles du tronc qui se recourbèrent en arrière, et se propagèrent aux membres qui furent placés dans une extensiou forcée et portés un peu en arrière. La déglutition devint impossible ; la respiration était difficile ; le ventre était météorisé ; constipation ; peau chaude, et couverte d'une sueur visqueuse, abondante ; pouls vibrant et fébrile. Les saignées, qui donnèrent un sang couenneux ; les applications répé-

tées de sangsues sur les côtés de la colonne vertébrale, les lavemens purgatifs et les fomentations, ne purent éloigner la mort qui arriva au bout de trois jours.

Autopsie 24 heures après la mort. — Les méninges de la cavité crânienne étaient saines, sauf un peu d'injection veineuse. Le cerveau, le cervelet et la moelle alongée étaient sains dans toutes leurs parties. Toute la face postérieure de la dure-mère rachidienne était d'une couleur rouge-foncée, surtout à la région cervicale et à la région lombaire; cette coloration manquait complètement à la face antérieure. L'arachnoïde était très-injectée; il y avait beaucoup de sérosité entre ces deux membranes, surtout dans les régions déjà indiquées. La pie-mère étant enlevée, toute la portion postérieure de la moelle était manifestement ramollie; sa substance était presque diffluente dans les régions cervicale et lombaire. Ce ramollissement était limité d'une manière remarquable à la partie postérieure de la moelle, dont toute la surface antérieure avait sa consistance, sa couleur, et tous les caractères de l'état normal. Il existait une ligne de démarcation bien marquée entre la portion altérée et la portion saine. Les racines postérieures des nerfs spinaux participaient à cette altération.

L'examen de la plaie et des parties génitales donna les résultats suivans : quelques lambeaux d'escharres gangréneuses couvraient quelques portions peu étendues de la surface de l'ulcère, qui était détergée dans les autres points, et présentait des bourgeons charnus de bon aspect. Le testicule ne présenta aucune altération de texture. Les parties qui constituent le cordon spermatique étaient fortement adhérentes entre elles, et les vaisseaux spermatiques étaient gorgés de sang. On eut beaucoup de peine à séparer le conduit déférent de deux rameaux nerveux, qui offraient une couleur rouge-foncée que l'on ne put faire disparaître par un lavage réitéré, et qui pouvaient être considérés

comme enflammés. Les adhérences de plus en plus intimes du cordon spermatique, surtout au voisinage de l'anneau inguinal, ne permirent pas de suivre le trajet de ces deux nerfs jusque dans l'abdomen. Le testicule droit, ses enveloppes et son cordon spermatique, étaient exempts d'inflammation; seulement le testicule était un peu induré.

Les viscères des cavités thoraciques et abdominales n'offrirent aucune lésion, excepté les poumons qui étaient engorgés.

Ces deux observations prouvent que les affections du cervelet et des cordons postérieurs de la moelle, ou de ces deux parties simultanément, produisent l'extension forcée de tout le corps, et confirment la doctrine de Bellingeri sur l'antagonisme nerveux.

L'observation suivante démontre que les maladies des hémisphères cérébraux produisent l'emprosthotonos ou flexion spasmodique, et vient encore à l'appui des idées du même physiologiste.

Obs. III.e — *Méningite des hémisphères cérébraux; emprosthotonos;* par le docteur Fr. Morotti. — Joseph Bianca, âgé de 12 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'endormit après un travail fatigant, la tête nue, à l'ardeur du soleil de midi. En se réveillant il se sentit malade, et trouvant que son état empirait chaque jour de plus en plus, il se fit recevoir au bout de trois jours à l'hôpital de Vercelli, le 8 mai 1834. Etat actuel: cécité et surdité presque complètes; coma continuel qui n'était interrompu que par un gémissement presque imperceptible; traits du visage abattus; strabisme; rapprochement spasmodique des paupières de l'œil droit; le tronc était fortement recourbé en avant; les membres étaient fléchis, et lorsqu'on cherchait à les étendre, on produisait une douleur qui se manifestait par des gémissemens. Pouls dur et contracté.

Malgré des saignées et des évacuations alvines abondan-

tes, les symptômes persistèrent le jour suivant, et même eurent plus d'intensité. Le malade mourut ce jour même au milieu d'angoisses inexprimables.

Autopsie 24 heures après la mort. — Injection considérable de la dure-mère et de la pie-mère crâniennes; sinus gorgés de sang; quantité considérable d'un liquide séro-purulent dans les mêmes sinus, dans les anfractuosités de la substance corticale et à la base des lobes cérébraux. On trouva dans le même état de turgescence les vaisseaux qui se voient en coupant la substance blanche. Le cervelet et la moelle ne présentèrent aucune altération. L'inflammation s'était répandue à tout l'extérieur des lobes cérébraux; mais elle était plus marquée au côté droit, qui, pendant le sommeil, avait été exposé au soleil.

Considérations sur les signes obscurs de la grossesse et sur ceux qui peuvent indiquer la mort du fœtus; par le docteur Ingleby. (Extrait). (1)

Vomissemens. — Soit qu'ils apparaissent dès le moment même de la conception, ou plus ou moins long-temps après, les vomissemens disparaissent ordinairement quand les mouvemens de l'enfant se sont fait sentir; quelquefois cependant ils augmentent d'intensité et tourmentent la malade jusqu'au moment du travail. Ils sont influencés d'une manière remarquable par la position, et peuvent être liés ou non à une maladie organique (2). La présence de ces vomissemens est une forte présomption en faveur de l'existence du fœtus; je ne me rappelle pas un seul cas où ils aient persisté après que le fœtus avait cessé de vivre. Une hémorrhagie utérine, et quelques autres circonstances, peuvent les

(1) *Dublin Journal*, N.° 18. 1835.

(2) Voyez *Treatise on uterine Hæmorrhage*, par le même auteur, page 41.

arrêter subitement. Je fus appelé auprès d'une dame qui était dans la sixième ou septième semaine de sa grossesse, et qui était tourmentée par les vomissemens les plus opiniâtres et les plus fatigans. Cette dame fut prise tout-à-coup d'une perte sanguine. Bien que l'expulsion de l'œuf ne suivît pas immédiatement cette hémorrhagie, les vomissemens s'arrêtèrent presque instantanément. On peut rapprocher ce fait de l'influence favorable que la phlébotomie exerce sur les vomissemens opiniâtres et prolongés qui accompagnent par fois la grossesse.

Hémorrhagies utérines. — Une seule hémorrhagie peut causer la mort du fœtus et même celle de la mère, dès les premières semaines de la grossesse (1); dans ce cas, il peut arriver que le fœtus seul périsse et reste dans l'utérus jusqu'au neuvième mois. D'un autre côté, une hémorrhagie prolongée ne tue pas nécessairement le produit de la conception. J'ai donné des soins à une dame qui eut une perte sanguine non interrompue pendant les trois premiers mois de sa grossesse, et qui cependant accoucha à terme d'un enfant vivant.

Il n'est pas naturel de voir se manifester l'écoulement menstruel après la conception; mais l'accomplissement de cette fonction a une influence marquée pour *préparer* l'utérus à la conception. J'ai connu une femme qui a mis au monde neuf enfans, et qui a nourri chacun d'eux jusqu'à la grossesse suivante. La conception a eu lieu constamment chaque fois immédiatement après la première apparition des règles, de sorte qu'entre chaque grossesse ces dernières ne paraissaient qu'une seule fois.

État des mamelles. — Après la conception, les glandes des mamelles augmentent de volume et acquièrent un degré de dureté qui ne réveille point l'idée d'une simple ac-

(1) *Voyez* un fait du même auteur, *Lond. med. and surg. Journ.*, 11 janvier 1834, page 752.

cumulation de graisse ; les mamelles deviennent le siége d'une sensation pénible; des veines bleues, volumineuses, sillonnent leur surface; le mamelon est proéminent; mais l'altération de l'aréole qui entoure le mamelon fournit le signe par excellence. Elle perd sa teinte rosée, et prend une couleur jaune, plus fréquemment brun-foncé ou très-noire ; son diamètre augmente ; les follicules qui sont situés dans son aire deviennent plus volumineux et fournissent une humeur. Cette modification de l'extrémité de la mamelle, suivant le docteur Montgomery, n'est déterminée que par la grossesse. Quand il s'agit d'une première grossesse, ce signe a une telle valeur, qu'il n'admet peut-être pas une exception; mais lorsque la coloration de l'aréole a été modifiée une fois par la grossesse et l'allaitement, on ne peut plus y puiser aucun renseignement.

La circonstance du lait sécrété par les mamelles a peu d'importance isolément ; elle en acquiert beaucoup quand elle est précédée par les signes ordinaires de la conception, mais elle n'est point infaillible. Tous les changemens qui ont leur siége dans les mamelles, considérés même collectivement, peuvent être produits par des hydatides et diverses autres maladies. La sécrétion du lait a été observée à des époques de la vie où cette fonction ne s'exécute point ordinairement, et hors de l'état de grossesse. Une dame non mariée, de conduite très-régulière, présenta les symptômes suivans : il s'était formé une aréole autour du mamelon, qui fournissait une humeur séreuse; l'abdomen, augmenté de volume, offrait la forme qu'il présente ordinairement au neuvième mois de la grossesse. Cependant ce développement du ventre céda peu-à-peu à un traitement médical.

La sécrétion d'un liquide séreux par les mamelles peut être causée par une simple irritation de l'utérus, mais elle se lie ordinairement à un développement plus ou moins considérable de cet organe : Une jeune femme, privée

d'embonpoint, se croyait au dixième mois d'une grossesse; elle éprouvait chaque matin un malaise suivi de l'écoulement par le mamelon d'une sérosité laiteuse qui tenait sa chemise constamment humide ; elle ressentait ensuite des mouvemens distincts, semblables à ceux qu'elle avait éprouvés dans ses deux grossesses précédentes. Je reconnus, par le toucher, que la matrice ne contenait point un fœtus; une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, occupait les parties postérieures et latérales du col et du corps de cet organe, et faisait une saillie dans le rectum. La menstruation avait lieu régulièrement, mais avec une grande abondance. Les pulsations de l'aorte abdominale étaient très-fortes, mais la malade affirma que ces pulsations n'étaient point les mouvemens qui avaient causé son illusion; je ne pus découvrir la source de cette sensation particulière.

Le développement des mamelles qui est commun à l'état de grossesse et aux maladies des organes génitaux, disparaît, dans ce dernier cas, au bout de quelques semaines, bien que la maladie qui l'avait déterminée poursuive sa marche et s'aggrave.

Les circonstances suivantes annoncent ordinairement la mort du fœtus ; l'aréole perd une partie de sa couleur foncée ; les follicules situés dans l'aire de l'aréole, ainsi que les mamelons, se rétrécissent ; les mamelles diminuent tout-à-coup de volume. A la suite d'une hémorrhagie utérine, cet affaissement des seins doit être fortement marqué; cependant il ne s'opéra pas la plus légère diminution dans le volume de ces parties, dans un cas d'hémorrhagie qui se termina par l'avortement et la mort. Quelquefois, au contraire, après une hémorrhagie, les seins s'affaissent d'une manière remarquable, bien que le fœtus soit vivant.

Il y a quelques mois j'ai été appelé en consultation auprès d'une dame qui avait presque atteint le terme de sa première grossesse, et qui offrait une présentation complète du placenta. Une première hémorrhagie eut lieu quinze

jours avant sa délivrance, et une seconde la veille. Ces hémorrhagies furent considérables et produisirent une impression évidente sur l'ensemble de l'économie. Les glandes mammaires qui étaient très-développées, devinrent extrêmement molles et petites; chaque mouvement du corps donnait lieu à la sensation d'une masse inerte qui retomberait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Les mouvemens de l'enfant ne se faisaient plus sentir. Toutefois l'accouchement se fit heureusement; et, quoique le placenta eût été nécessairement perforé et que l'enfant parût sans vie, car on ne percevait chez lui ni pulsations, ni respiration, cependant on parvint au bout d'une heure à le rappeler à la vie en insufflant de l'air dans les poumons, et par d'autres moyens appropriés.

Ascension de l'utérus ; état de son col. — Quoique les mouvemens de l'enfant se fassent sentir ordinairement vers le quatrième mois de la grossesse, cependant l'époque à laquelle la matrice s'élève est tout-à-fait incertaine. L'ascension de l'utérus dépend en partie de son propre développement et en partie de la capacité du bassin. L'utérus peut s'élever prématurément, soit par suite d'une quantité excessive des eaux de l'amnios, soit par suite de l'accumulation dans sa cavité d'un liquide quelconque produit par une maladie. Dans un cas très-compliqué de tumeur abdominale, le fond et le corps de l'utérus étaient remplis par un liquide, et la portion utérine du col avait dégénéré en un tissu fibreux, qui, par son volume et sa dureté simulait la tête d'un fœtus. — Je dois le fait suivant à mon ami M. George Elkington : Une femme éprouva, dans les premières semaines de sa grossesse, une hémorrhagie utérine qui fit craindre l'avortement ; le cas fut rendu extrêmement obscur par le développement énorme que subit l'abdomen du troisième au quatrième mois. Ordinairement à cette époque, on trouve l'utérus près du rebord du bassin; chez cette femme le ventre s'était distendu tout à coup

dans sa totalité. Des contractions énergiques ne tardèrent pas à s'établir ; elles produisirent l'expulsion d'une immense quantité d'hydatides et d'un petit fœtus.

Des hydatides simulant une grossesse ne sont point une chose rare. Je ne connais aucun moyen à l'aide duquel on puisse avec certitude distinguer leur présence d'une grossesse véritable. Elles déterminent l'appareil de symptômes qui caractérise une conception peu avancée, et leur évacuation est ordinairement accompagnée des signes habituels de l'avortement. Un praticien distingué de cette ville m'a communiqué le fait suivant : Une jeune femme mariée, qui avait éprouvé les signes ordinaires de la conception, fut prise d'une hémorrhagie utérine, qui se termina par l'expulsion d'une hydatide solitaire, mais volumineuse.

Dans le cas suivant, l'élévation prématurée de l'utérus paraît avoir reconnu pour cause la largeur non ordinaire du bassin : Une Dame, que j'avais accouchée à terme quelques mois auparavant, me consulta dernièrement à l'occasion d'hémorrhagies utérines qui se renouvelaient fréquemment depuis six semaines. Les règles auraient dû paraître une quinzaine de jours avant le début de ces hémorrhagies. D'après plusieurs circonstances qu'il est inutile de mentionner, elle ne pouvait pas avoir passé le troisième mois de la grossesse. Cependant le corps de l'utérus était volumineux, son fond était à un pouce de l'ombilic. Des douleurs expulsives se manifestèrent, et se terminèrent par l'évacuation des eaux de l'amnios et la sortie d'un fœtus avec son placenta ; ce fœtus n'avait guères que onze à douze semaines.

Quelquefois le développement de l'utérus, bien que progressif, s'opère très-lentement. Ce retard peut être lié à un état morbide de l'œuf. L'embryon périt dans les premières semaines de la grossesse, mais le placenta, conservant une vitalité obscure, acquiert une organisation morbide, et une forme non définie. Son expulsion peut être

retardée même au-delà du terme ordinaire de la gestation (1). Du quatrième au sixième mois, le ballottement donne la certitude que la cavité utérine contient un fœtus, mais il ne fait point connaître si ce fœtus est vivant. L'utérus peut rester ainsi dans le bassin jusqu'au sixième mois; en voici un exemple :

Madame T., âgée de 20 ans, mariée depuis un an, eut ses règles pour la dernière fois dans la première semaine de janvier 1834. L'absence des règles ne fut point suivie des signes qui annoncent le début de la grossesse; mais vers la fin du mois de mai, une sensation particulière, qui fut attribuée aux premiers mouvemens de l'enfant, favorisa l'idée de l'existence d'une grossesse. Cette sensation devint de plus en plus forte jusqu'à la fin de juin où elle cessa complètement. Comme cette dame avait toujours eu ses règles très-régulièrement, on n'entretenait aucun doute sur l'existence d'une grossesse, lorsqu'on remarqua que le ventre n'avait acquis aucune augmentation de volume. Je fus appelé en consultation le 10 août. Il n'y avait ni vomissemens, ni nausées, ni écoulement, ni sensation de pesanteur ou de froid, ni douleur; les seins étaient un peu augmentés, leurs veines superficielles étaient très-marquées et l'aréole imparfaitement formée; l'abdomen n'offrait aucun développement; bien que cette dame fût privée d'embonpoint, je ne pus sentir l'utérus au dessus du bassin. Par le toucher, je trouvai que la cavité pelvienne était occupée par une tumeur volumineuse, ressemblant à la tête d'un fœtus, qui était descendue à près d'un pouce de l'orifice du vagin. Le col de l'utérus avait presque disparu, l'orifice de cet organe était mou et légèrement ouvert. Quoique le ballottement ne pût être obtenu, j'étais certain de l'existence d'une grossesse, mais je ne me prononçai point sur la vitalité de l'œuf. Quatre jours après ma visite, une légère

(1) *Treatise on Hæmorrhage*, p. 104.

hémorrhagie fut suivie par des douleurs et par l'expulsion d'un fœtus de six mois offrant des traces de décomposition.

Une circonstance qui peut induire en erreur, relativement au diagnostic de la grossesse, c'est l'absence congéniale du col de l'utérus. Je fus chargé d'examiner une femme que l'on croyait enceinte, et qui était soupçonnée d'avoir tenté de se faire avorter par l'ingestion de substances vénéneuses. L'abdomen était uniformément distendu par un corps qui paraissait solide. Je déclarai qu'il n'existait aucun signe de grossesse, excepté l'effacement du col utérin. Cette femme mourut le lendemain. Son utérus offrait une conformation anormale, qui consistait en ce que le corps de cet organe venait se terminer au museau de tanche et n'avait point de col. La distension de l'abdomen était due à une accumulation extraordinaire de matières fécales liquides reconnaissant pour cause l'ulcération de l'intestin (*The consequence of intestinal ulceration.*).

Tumeur formée par le fond de l'utérus atteint de transformation fibro-cartilagineuse. — Un des cas les plus embarrassans qui se soient présentés dans ma pratique, est celui d'une dame qui avait, dans le côté droit, près de l'os iliaque une tumeur volumineuse, irrégulière et très-saillante. Cette tumeur était intimement liée à une seconde qui siégeait dans la cloison recto-vaginale et remplissait le vagin presque jusqu'à la vulve, à la manière d'une tête d'enfant. Je soulevai cette seconde tumeur au-dessus du rebord du bassin, et l'hypogastre fut alors considérablement distendu; les deux tiers de cette région se trouvaient occupés par une tumeur d'une structure très-dense, unie avec un corps plus mou, situé immédiatement au-dessus d'elle et au-dessus de la symphyse pubienne. Au toucher par le vagin, ce corps ressemblait parfaitement à la tête d'un fœtus. Les deux tumeurs étaient continues l'une avec l'autre, et il n'existait aucune ligne de démarcation entre elles, sauf une différence très-marquée de forme et de consistance. Du

reste, les symptômes ordinaires de la grossesse existaient. Par les progrès de la gestation, la tumeur dure fut refoulée de haut en bas dans le côté gauche, le reste de l'abdomen fut distendu par l'utérus chargé du produit de la conception. L'accouchement eut lieu au neuvième mois; la malade mourut, six jours après, d'une inflammation du péritoine. A l'autopsie, on trouva que la plus dure des deux tumeurs était constituée par le fond de l'utérus qui avait dégénéré en une substance fibro-cartilagineuse. Le fœtus avait été contenu dans le corps et le col de ce viscère, qui étaient à peu de chose près à l'état sain, et qui avaient subi nécessairement un degré extrême de distension, sans présenter toutefois aucun amincissement anormal.

Obliquité de l'utérus. — L'utérus peut perdre sa direction verticale, soit immédiatement après avoir quitté le bassin, soit à un intervalle de temps quelconque après cette époque.

L'obliquité de l'utérus peut être rapportée à trois causes: 1.° à un vice de conformation du bassin et de la colonne vertébrale; 2.° à l'état de distension du colon. Telle est la cause de l'espèce ordinaire d'obliquité décrite par les auteurs; 3.° au relâchement des parois abdominales. Cette obliquité est rarement observée dans les premières grossesses, à cause de la résistance de ces parois. Elle se présente rarement avant le septième ou le huitième mois, et alors elle ne peut donner lieu à aucune erreur; mais lorsqu'elle a lieu vers le quatrième mois de la gestation, et qu'elle n'est point accompagnée des signes de la grossesse, son diagnostic peut être entouré de grandes difficultés. En voici un exemple:

Madame H., femme robuste, mais d'un tempérament *leucophlegmatique*, pâle et à fibre lâche, mère de plusieurs enfans, fut prise d'hémorrhagie vers la fin de novembre ou le commencement de décembre. Trois semaines avant cet accident (huit jours avant l'époque ordinaire des règles),

elle avait eu un écoulement menstruel peu abondant et de peu de durée. En admettant l'existence d'une grossesse, elle ne pouvait pas avoir dépassé la septième semaine de la gestation. L'hémorrhagie se prolongeant, je fus appelé auprès d'elle dans le commencement du mois de janvier suivant. Tous les moyens employés en pareil cas, soit pour arrêter l'hémorrhagie, soit pour déterminer des contractions utérines, jusqu'au seigle ergoté et au tamponnement du vagin, furent mis en usage suivant que les circonstances parurent l'exiger. On n'observait aucun signe certain de grossesse : les mamelles n'éprouvèrent aucune modification. Environ quinze jours avant la sortie du fœtus, la malade me fit remarquer une tumeur dure et arrondie située dans le côté gauche, près de l'os iliaque, et occupant constamment cette position. Cette tumeur était légèrement mobile et assez semblable à la tête d'un fœtus de médiocre volume. Elle était un peu sensible au toucher; la malade croyait y percevoir des battemens peu distincts; mais ces battemens ne purent être reconnus ni à l'aide du stéthoscope, ni par l'application de la main. Le pouls était fréquent et dur, les pieds et le visage œdémateux; l'abdomen était le siège d'une douleur continuelle; la physionomie était très-altérée. Le toucher fut pratiqué plusieurs fois, mais le col utérin n'avait subi aucun changement; il était tel qu'on le trouve habituellement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, et l'extrémité du doigt ne put y être introduite. Le 20 janvier, un praticien habile examina la malade avec attention, et fut d'avis que la tumeur n'était point due à une grossesse, qu'elle était de nature cancéreuse (*fungoid*), et qu'elle était liée à l'utérus.

Dans la matinée du 30 janvier, il s'établit des contractions régulières qui ramenèrent la tumeur dans le centre de la région hypogastrique, et qui commencèrent à dilater l'orifice utérin. Au bout de quelques heures, je pus sentir les membranes et la tête du fœtus, ainsi qu'une portion du

placenta; et, comme l'hémorrhagie se reproduisait, je déchirai les membranes à l'instant même. Mais le pouls, qui avait été très-faible toute la nuit, devint alors imperceptible, bien que les douleurs continuassent d'être très-énergiques et très-rapprochées. Enfin, après des douleurs très-intenses, la tête fut chassée hors de la cavité utérine et complètement expulsée. L'hémorrhagie me força de procéder à l'extraction du placenta, puis de tamponner le vagin, tandis qu'on comprimait l'utérus qui était fortement contracté. Malgré tous les moyens qui furent employés, la malade devint insensible, éprouva quelques convulsions légères et mourut. Le fœtus paraissait avoir atteint à peu de chose près la fin du cinquième mois, quoique d'après les calculs de la malade, il ne dût pas avoir dépassé la seizième semaine.

Il est extrêmement rare de voir la mort arriver à une époque si avancée de la gestation. Dans mon traité *sur l'Hémorrhagie utérine*, je me suis appuyé de l'autorité de Baudelocque en recommandant la rupture des membranes après le troisième mois dans les cas de pertes sanguines qui menacent la vie de la femme. Mais on suppose qu'alors la grossesse n'est point douteuse. Quelle conduite doit-on tenir dans les cas aussi obscurs que le précédent? A raison du siége de la tumeur et de l'absence de tous les signes ordinaires de la grossesse, cette question se présente : Doit-on, seulement à cause de l'hémorrhagie, dilater le col de l'utérus avec le doigt (le même but pourrait peut-être être atteint par l'introduction d'une sonde de femme), afin de déterminer l'état de l'utérus, d'opérer la ponction des membranes, et d'obtenir la contraction nécessaire à l'expulsion du contenu de ce viscère? Je suis fermement convaincu maintenant de la convenance d'une telle pratique. Il n'est point nécessaire que nous observions les signes de la grossesse, car ils sont souvent très-obscurs, et quant à l'utérus en particulier, nous devons nous rappeler que son

ascension peut se faire dans une direction très-oblique. Dans le cas précedent, l'obliquité était telle qu'elle causa une erreur de diagnostic qui fut fatale. Ainsi, que les signes de grossesse soient évidens ou douteux, quand une hémorrhagie utérine se prolonge et menace la vie, il faut, suivant moi, introduire la main et dilater l'orifice de l'utérus pour s'assurer de l'état de la cavité. L'application préalable de la belladone peut être utile. Pour l'introduction de la main dans l'utérus, nous ne pouvons pas nous guider seulement d'après l'époque à laquelle est arrivée la grossesse, car le développement de la matrice et l'état du vagin sont sujets à de grandes différences chez les diverses femmes; cependant, comme règle générale, on doit regarder cette opération comme accompagnée de dangers, si même elle est praticable, avant le sixième mois.

L'observation qu'on vient de lire démontre que des contractions très-énergiques peuvent produire l'épuisement d'une femme dont la santé a été préalablement altérée, sans perte sanguine actuelle; en effet, plusieurs heures avant la mort, il n'y avait point d'hémorrhagie, et cependant l'épuisement croissait en même temps que les douleurs augmentaient. Nous y voyons aussi que l'épuisement et une contraction complète de l'utérus sont compatibles, à tel point que la contraction peut s'opérer comme un dernier effort de l'organisme expirant, circonstance qui met dans tout son jour l'indépendance des puissances de l'économie animale qui ne sont pas soumises à la volonté.

Etat stationnaire de l'abdomen. — Il peut arriver que l'abdomen acquière un développement qui corresponde exactement à une époque donnée de la grossesse, et qu'il ne subisse ensuite aucune augmentation appréciable, bien que le fœtus soit vivant. Une femme grosse de quatre mois, et qui avait senti les mouvemens de son enfant depuis huit jours, fut prise tout-à-coup pendant la nuit d'un écoulement abondant des eaux de l'amnios; depuis ce mois, et

pendant le temps de sa grossesse, jusqu'à peu de jours avant l'accouchement, elle fut sujette à des écoulemens fréquens de la même nature, qui quelquefois avaient lieu avec impétuosité, qui s'accompagnaient de douleur, et qui par fois étaient suivis d'une hémorrhagie. Elle accoucha à la fin du septième mois. Pendant les trois mois qui s'écoulèrent depuis le premier écoulement des eaux jusqu'à l'accouchement, le ventre ne fit aucun progrès, les mouvemens ne se firent point sentir, aussi les amis de cette femme pensèrent ils qu'il n'y avait point grossesse; cependant l'enfant naquit vivant, bien que faible.

Dans ces cas et ceux analogues, le col de l'utérus ne se raccourcit, ou, pour parler plus correctement, ne se développe qu'à une époque très-avancée de la grossesse.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Cancer mamelonné du cerveau. *Observation communiquée par M. G. Richelot.* — M. de C., âgé de 52 ans, réclama mes soins vers le commencement de janvier 1834; je n'obtins que des renseignemens très-vagues sur les circonstances antécédentes de sa maladie, qu'on ne faisait remonter alors qu'à un an environ. A cette époque, me dit-on, en entrant chez un ami, il tomba soudainemeut en avant, privé de l'usage de ses sens. Cette chute fut attribuée à une attaque d'apoplexie et il fut traité en conséquence. A dater de ce moment, le bras gauche commença à s'engourdir, puis enfin il se paralysa tout-à-fait. Quelque temps après cette chute, le malade fut pris des *accès* suivans qui se renouvelaient quelquefois assez souvent dans la même journée: il éprouvait tout-à-coup un tremblement général; ses genoux fléchissaient sous lui et il tombait; il ne restait privé de l'usage de ses sens que quelques minutes.

Il me presenta les symptômes suivans : insomnie habituelle; il ne dormait guère qu'un peu dans la soirée et dans la matinée, et passait la plus grande partie des nuits en se promenant dans sa chambre; paralysie et résolution complète du bras gauche; paralysie incomplète

de la jambe du même côté ; les mouvemens du bras droit étaient peu assurés ; si l'on présentait quelque objet au malade, sa main le cherchait plus près ou plus loin qu'il n'était réellement, comme s'il eut jugé mal la distance ; de loin en loin seulement, céphalalgie ayant pour siége la partie antérieure de la tête ; lenteur remarquable des réponses ; le malade semblait chercher ses mots pendant long-temps. Du reste, aucun trouble du côté des fonctions respiratoires, circulatoires et digestives, sauf une grande tendance à la constipation qu'il combattait habituellement et avec succès par des pilules d'aloès. Il aimait beaucoup à manger, et son dîner, qui était assez copieux, était ordinairement suivi d'assoupissement et de rougeur du visage.

Les symptômes firent des progrès ; la paralysie devint complète dans la jambe gauche ; le malade cessa bientôt de pouvoir écrire et parce qu'il ne distinguait plus aussi bien les objets et parce que sa main droite, bien qu'exempte de paralysie, n'avait plus des mouvemens assez sûrs. Le plus ordinairement, l'intelligence du malade sembla peu altérée, mais de loin en loin il y avait un désordre marqué et de peu de durée dans les idées. Les *accès* dont il a été question, se transformèrent bientôt en accès épileptiformes, caractérisés par les phénomènes suivans : perte soudaine de l'intelligence ; mouvemens convulsifs des yeux ; renversement de la tête en arrière ; rougeur du visage ; respiration stertoreuse. Ces accès avaient lieu principalement le soir, après le dîner, et duraient d'un quart d'heure à une demi-heure. Lorsqu'ils étaient dissipés, il restait au malade une vive céphalalgie frontale, ses idées paraissaient confuses ; ordinairement il ne tardait pas à s'endormir.

Dans le courant de l'été dernier, les accès épileptiformes ne se sont point reproduits ; le régime du malade était beaucoup mieux réglé. Le bras paralysé, qui était considérablement œdématié, a offert de la contracture, et est resté contracté d'une manière permanente jusqu'à la mort. La bouche était un peu deviée à droite. L'intelligence baissa progressivement ; la lenteur des réponses devint plus marquée. Lorsque le malade était assis, sa tête retombait constamment comme un lourd fardeau, sur l'épaule gauche, c'est-à-dire, du côté de l'hémiplégie. Trois ou quatre fois, pendant l'été, on craignit pour la vie du malade : la fièvre s'allumait ; le visage devenait rouge ; il y avait assoupissement profond. Sous l'influence d'une médication antiphlogistique active, il échappa au danger, mais chaque fois, il resta plus affaissé qu'auparavant.

Il mourut le 7 novembre 1834. Dans les derniers mois de sa vie, le désordre des idées fut très-fréquent, l'appetit diminua un peu, mais la nutrition ne parut point souffrir ; l'embonpoint fut constamment très-considérable. Dans les derniers jours, l'assoupissement devint permanent ; la peau présenta d'abord du refroidissement, en même temps

que le visage était très-rouge, mais pendant les dernières quarante huit heures, la température de la peau s'éleva considérablement.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — M. Ollivier, d'Angers, qui avait bien voulu voir le malade quelques mois avant sa mort, fit avec moi l'inspection cadavérique. Nous n'ouvrîmes que la tête où nous trouvâmes les lésions suivantes :

Les veines sous-cutanées du crâne étaient distendues par un gaz ayant une odeur prononcée d'hydrogène sulfuré, qui s'exhala à l'incision des tégumens. Les os du crâne n'offraient pas l'épaisseur et la densité qu'ils présentent ordinairement à cet âge ; ils se cassaient avec un bruit clair qui semblait annoncer un état de sécheresse du tissu osseux. La voûte crânienne enlevée, nous observâmes un défaut de symétrie très-remarquable dans la disposition et le volume des deux lobes cérébraux : l'axe antéro-postérieur du cerveau paraissait dévié de droite à gauche et d'arrière en avant. Les granulations, dites glandes de Pacchioni, étaient considérablement développées.

A gauche et à un demi-pouce du sinus longitudinal, vers le milieu de son trajet, on voyait une petite saillie conique qui semblait formée par la substance cérébrale, tendant à faire hernie à travers la dure-mère. Une saillie analogue existait en un point qui correspondait au milieu de la suture coronale gauche; cette dernière saillie formait un relief alongé dans le sens de la suture. Dans les deux points que nous venons d'indiquer, le tissu de la dure-mère était comme éraillé, constitué par des bandelettes fibreuses, isolées, très-épaisses, séparées les unes des autres par des intervalles assez larges qui étaient remplis par une lamelle celluleuse mince et transparente. Lorsque nous incisâmes la dure-mère, il ne s'écoula pas de sa cavité une seule gouttelette de sérosité; la surface interne de cette membrane était parfaitement sèche, et offrait deux gauffrures très-profondes répondant aux deux saillies indiquées. Nous avons pu reconnaître alors que ces deux saillies étaient formées par une ou plusieurs circonvolutions cérébrales qui dépassaient le niveau des circonvolutions voisines du milieu desquelles elles s'élevaient comme par l'effet d'une pression latérale.

L'arachnoïde, au lieu d'offrir sa transparence habituelle, était opaque, d'un blanc laiteux dans toute son étendue, et, par sa densité, simulait une seconde dure-mère appliquée immédiatement sur les hémisphères cérébraux. Cette analogie était d'autant plus frappante qu'au-dessus des deux saillies formées par les circonvolutions cérébrales, elle offrait des éraillures semblables à celles que nous avons décrites sur la première de ces membranes.

Les veines superficielles du cerveau étaient gorgées de sang et volumineuses.

Il existait une disproportion très-marquée entre le volume de l'un et l'autre hémisphères. Le droit formait à lui seul les deux tiers de

toute la masse ; le gauche était refoulé et comprimé par le premier. En coupant par tranches, simultanément et sur le même plan, les deux hémisphères, nous remarquâmes une différence très-grande dans la coloration du tissu de chacun d'eux. Toute la substance blanche de l'hémisphère gauche était légèrement rosée et parsemée de quelques points rouges très-fins. La substance corticale était dans l'état naturel. Cet hémisphère nous parut d'ailleurs entièrement sain. La substance blanche de l'hémisphère droit présentait, au contraire, une teinte jaune paille, sans aucune trace d'injection vasculaire, avec une hypertrophie de cette substance portée à un tel point qu'il n'existait plus qu'une lame excessivement mince de la substance grise ou corticale que la première semblait avoir atrophiée par suite du développement excentrique qu'elle avait subi. Indépendamment de ces altérations, la substance blanche offrait une augmentation considérable de densité, d'autant plus marquée qu'on s'éloignait davantage de la surface de l'hémisphère ; elle faisait éprouver au scalpel la résistance du fromage de Gruyère. Cette augmentation de densité était accompagnée d'un degré de ténacité tel qu'il fallait une traction assez forte pour déchirer la substance cérébrale quand on en formait une couche mince. A la partie externe du lobe antérieur du même hémisphère, au niveau de la scissure de Sylvius, la substance cérébrale était ramollie, et cette portion ramollie offrait une blancheur laiteuse qui contrastait singulièrement avec la teinte jaune du tissu environnant. Ce ramollissement occupait environ un pouce cube.

Au niveau des ventricules latéraux, les parties prenaient un autre aspect. Le ventricule gauche était distendu de manière à présenter trois fois sa capacité ordinaire ; il était rempli par de la sérosité ; ses parois ne s'affaissèrent point sur elles-mêmes ; des ramifications veineuses, en nombre considérable, se dessinaient à leur surface. Les parois du ventricule droit étaient, au contraire, affaissées sur elles-mêmes ; la membrane qui revêt la paroi inférieure de ce ventricule était épaissie, comme chagrinée, d'un aspect analogue à celui que présente la face supérieure de la langue, et colorée en brun-clair. Les portions de la substance blanche qui avoisinent les parois supérieure et interne du ventricule, étaient ramollies, brunâtres, diffluentes, comme glaireuses. Le lobe antérieur, dans la moitié inférieure de son épaisseur, était transformé en un tissu lardacé, squirrheux, formant une tumeur irrégulière et mamelonnée qui comprenait en dedans la plus grande partie du corps strié et de la couche optique. Cette masse était formée par l'agglomération d'un grand nombre de petites tumeurs arrondies et irrégulières. Quelques-unes de ces tumeurs incisées présentaient à leur intérieur de petits points rouges, et offraient une coupe semblable à celle d'un cartilage qui

commence à s'ossifier. D'autres étaient ramollies à leur centre et formaient une espèce de kysto cartilaginiforme, rempli par une matière sanieuse. Autour de toute cette masse la substance cérébrale était ramollie, diffluente et brunâtre. Un ramollissement analogne, et d'une à deux lignes d'épaisseur, existait à la face supérieure de la protubérance annulaire, mais seulement dans sa moitié droite.

Les autres portions de l'encéphale n'offrirent rien à noter.

Le tronc basilaire présenta uno dilatation anévrysmale; son diamètre était de trois à quatre lignes; sa coloration n'était point altérée. Mais toutes les artères de l'hémisphère droit avaient une teinte de carmin très-intense. Cette coloration était surtout remarquable dans l'arcade que forme l'artère cérébrale antérieure au-dessous du lobe antérieur, et s'étendait à toutes les ramifications artérielles de ce côté.

Perforation spontanée de l'intestin et des parois abdominales; *par le docteur John Scott.* — En mai 1834, M. B., âgée de 8 ans, d'une belle constitution, parut moins bien qu'à l'ordinaire pendant quelques semaines. Elle était nonchalante, craignait le mouvement, avait un appétit variable, mais ne proférait aucune plainte. Son visage pâle et émacié, ses traits tirés et exprimant l'anxiété, contrastaient avec le reste de son corps qui n'était que peu amaigri. Le ventre était tuméfié dans sa totalité, mais indolent à la pression; la langue était chargée, l'haleine fétide, la soif modérée, l'intestin plus souvent relâché que constipé, le pouls à 106, la peau sèche; il y avait un peu de toux, mais point de douleur de poitrine. De petites doses de calomel et d'huile de ricin produisirent des évacuations légèrement colorées et très-fétides. Ces purgatifs furent répétés plusieurs fois, et la tuméfaction abdominale diminua un peu. Mais au bout de trois semaines elle se reproduisit de nouveau; la peau prit une couleur brune-foncée; la partie inférieure du ventre, et notamment les grandes lèvres, s'œdématièrent considérablement. L'extrémité inférieure des jambes s'infiltra également, et bientôt on put sentir dans l'abdomen une fluctuation obscure. Sous l'influence des diurétiques, l'urine coula abondamment, l'œdème des jambes disparut, et l'abdomen diminua de volume. Alors le ventre présenta une résistance variable dans les divers points de son étendue. Il était surtout dur dans le côté droit où la pression causait une vive douleur. L'émaciation du visage et des extrémités inférieures était considérable, mais l'appétit était bon. Dans le mois d'août l'abdomen se forma en pointe, présentant son sommet à l'ombilic autour duquel il se développa de l'inflammation. Cette partie se perfora au bout d'un certain temps, et donna issue à une quantité considérable de matières fécales liquides, de couleur brune et extrêmement fétides. Au moment où l'on enleva les linges de pansement qu'on avait appliqués sur le point

enflammé, les matières fécales sortirent avec force par un jet de la grosseur du doigt, et continuèrent à sortir ainsi jusqu'à ce que l'abdomen fût devenu flasque. Depuis ce moment il ne passa plus de matière par l'anus, et les intestins se vidèrent par l'ombilic. La malade vécut ainsi pendant un mois. Les fèces perdirent bientôt leur fétidité, et devinrent d'une couleur jaune peu foncée. L'émaciation était excessive, l'appétit était toujours bon, et la petite malade mangeait avec plaisir. La toux devint très-pénible. La mort eut lieu le 7 septembre.

Autopsie, deux jours après la mort. — Les intestins étaient adhérens entre eux, ainsi qu'avec la paroi antérieure de l'abdomen, dans toute l'étendue de celle-ci, excepté à la partie inférieure et droite, où une accumulation considérable de matières fécales était interposée entre la paroi abdominale et les intestins agglutinés. L'ouverture observée pendant la vie, et qui avait son siége au niveau de l'ombilic, faisait communiquer l'extérieur avec cet espace où les matières s'étaient écoulées par trois perforations de l'intestin, dont deux avaient leur siége dans l'iléon près de son extrémité inférieure, et une dans le colon au commencement de sa portion transversale. Tout le péritoine, soit dans les points où il tapissait la cavité de l'abdomen, soit sur les viscères, était farci de tubercules, dont un petit nombre étaient ramollis et à l'état de suppuration. La muqueuse de l'estomac et des intestins était généralement saine, blanche, et avait sa consistance naturelle. Çà et là, cependant, des tubercules la soulevaient de manière à former de petites tumeurs au-dedans de l'intestin; quelques-uns de ces tubercules étaient ulcérés, et il paraissait plus que probable que les perforations de l'intestin, dont les bords offraient des traces d'inflammation, reconnaissaient pour cause de telles ulcérations. Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, tuberculeuses, et plusieurs étaient colorées en noir. Le foie adhérait aux parties voisines comme les autres viscères, mais il n'offrait aucune autre altération. — Il paraît que la poitrine et la tête ne furent point examinées. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher ici la persistance de l'appétit, de l'état sain de la muqueuse gastro-intestinale. (*The Edimb. med. and surg. Journ.*, janvier 1835).

Accumulation des matières fécales dans l'intestin. — *Observations par le docteur Scott.* — Obs. Ire — En 1822, J. A., âgé de 6 ans, fut amené par son père à Édinburgh pour réclamer les soins de la médecine. Depuis long-temps, les fonctions intestinales s'exécutaient chez lui d'une manière irrégulière. La maladie avait surtout pris un air de gravité depuis un an et demi. Tantôt il était constipé, et n'offrait que peu d'effet des purgatifs; tantôt les selles étaient fréquentes, noires, glaireuses et souvent alors teintes de sang. Amaigrissement; pouls fréquent; peau sèche; de temps en temps mouvement fébrile peu intense. Une tumeur considérable occupait le côté droit de l'ab-

domen, un peu au-dessus de l'ombilic. Les symptômes s'aggravèrent. Les purgatifs et le calomel furent administrés abondamment; la bouche s'affecta légèrement; mais la maladie ne céda point. Lorsque le malade arriva à Edinburgh, la tuméfaction du côté droit de l'abdomen était considérable; cette tumeur était dure et paraissait formée de deux portions distinctes; l'abdomen était le siége d'une douleur que la pression augmentait; les selles que les purgatifs provoquaient étaient très-abondantes, mais d'une couleur anormale et parfois teintes de sang. On diagnostiqua une affection mésentérique et l'on résolut d'essayer les sangsues, les bains chauds, les doux purgatifs et l'iode. L'application des sangsues parut d'abord diminuer les forces. Les jambes commencèrent à se gonfler; un mouvement fébrile bien prononcé se manifesta le soir. On administra alors l'hydriodate de potasse en solution, à la dose de quatre gouttes deux fois par jour; cette dose fut augmentée graduellement. Au bout d'un certain temps de ce traitement, on aperçut une amélioration notable. Les selles prirent un aspect plus normal, et quoiqu'il restât maigre, le malade devint plus gai. On appliqua de nouveau des sangsues; on eut recours au bain chaud quand la douleur était vive; le ventre fut maintenu libre, les selles étaient en général copieuses. La dose d'iode fut élevée jusqu'à neuf gouttes, deux fois par jour; la maladie parut céder lentement; les tumeurs diminuèrent graduellement, et au bout de huit ou neuf mois il n'y en avait plus aucune trace. Le malade reprit alors l'aspect de la santé; il fallait seulement surveiller son alimentation, parce que son appetit était très-vif. Quelques mois après, il retomba malade. L'affection prit la forme d'accès qui consistaient dans une vive douleur abdominale accompagnée de borborygmes. Chaque accès durait plusieurs heures et n'était soulagé que par l'issue des matières contenues dans l'estomac, qui se composaient d'alimens non digérés et de bile. Les selles étaient de couleur d'argile et très-fétides. Ces symptômes ne persistèrent pas long-temps; ils disparurent complètement sous l'influence du calomel et des purgatifs drastiques. L'enfant jouit actuellement d'une santé parfaite.

La terminaison de cette maladie ne permet guère de croire qu'elle consistait dans une affection des glandes mésentériques. Il est probable que l'accumulation des matières fécales dans le colon, était le point de départ de la douleur péritonéale et des symptômes qui firent croire à l'existence d'une maladie plus grave.

Obs. II.ᵉ — Miss ***, âgée de 24 ans, sédentaire, éprouva, pendant l'été de 1825, à la région épigastrique et dans le côté droit, une vive douleur qui s'étendait dans le dos et dans l'épaule droite. Cette douleur se reproduisait sous forme d'accès et durait quatre ou cinq heures chaque fois; les selles n'avaient lieu habituellement qu'au moyen d'un purgatif. Cette maladie fut diminuée, mais non guérie complète

ment par les moyens qui furent employés. Dans la soirée du 30 novembre, la douleur devint très-intense, et dura ainsi pendant toute la nuit. Le lendemain matin, quand je vis la malade, cette douleur était sentie dans toute l'étendue de l'abdomen, mais plus particulièrement à droite. A raison de la constipation qui existait depuis plusieurs jours, la malade avait pris des sels qui avaient agi très-peu. La langue était nette; la peau fraîche; le pouls à 70. En explorant le flanc droit, il était facile de sentir au-dessous des fausses côtes, une tumeur dure, que l'on circonscrivait très-bien à sa partie inférieure, mais dont le bord supérieur disparaissait sous les côtes. Cette tumeur était douloureuse à la pression, mais à un degré peu élevé. On administra le calomel et la coloquinte, avec l'huile de ricin; des lavemens abondans furent donnés, le tout sans effet. La douleur s'étant exaspérée, et s'étant accompagnée de chaleur à la peau et de plénitude du pouls, on fit une saignée de vingt onces qui produisit une syncope. On continua les purgatifs et les lavemens. Le troisième jour, les médecines étaient restées sans effet; peau fraîche; pouls tranquille; diminution de la douleur; même état de la tumeur. Deux gouttes et demie d'huile de croton tiglium et un lavement avec la térébenthine, produisirent un effet peu marqué sur les intestins. Vers le soir, une pilule de coloquinte, contenant une goutte d'huile de croton tiglium, fut administrée et renouvelée à un intervalle de trois heures; elle produisit quelques selles très-noires. L'action des intestins fut entretenue au moyen du sené et des sels neutres, et dans l'espace d'un ou deux jours, la tumeur disparut complètement. Le ventre continua pendant quelque temps à présenter de temps à autre un peu de sensibilité. (*The Edimb. Med. and Surg. Journ.* Janvier 1835.)

Thérapeutique.

Hémicranie; *observations par le docteur William Brown.* — Obs. I.re — Dans le printemps de 1818, je donnai des soins à un homme âgé de 50 ans, travaillant habituellement très-rudement, et d'une conduite peu régulière. Depuis longt-temps il était sujet à des maux de tête qui se présentaient alors sous forme d'hémicrânie parfaite. La douleur occupait exactement la moitié droite de la tête, du nez, et même de la langue. Le côté affecté était légèrement tuméfié et rouge. Pendant plusieurs jours le malade fut tourmenté par des vomissemens, et fut pris de temps en temps de délire. Lorsque ces symptômes eurent persisté pendant quelque temps, il se fit tout-à-coup un écoulement de sang et de pus par l'oreille et la narine droites. Le malade fut immédiatement soulagé, et sa santé se rétablit bientôt. Quelques années après, il était bien portant.

Obs. II.e — M. A. K., âgé de 24 ans, délicat, et ayant des digestions difficiles, me consulta en janvier 1834, pour une vive douleur

au niveau du sourcil droit ou un peu au-dessous. Cette douleur, qui existait depuis un jour ou deux, coïncidait avec un peu de diminution de la vision. Les tégumens étaient un peu tuméfiés et rouges. Je prescrivis l'application d'un cataplasme froid; au bout de deux jours il n'y avait aucune amélioration. La douleur était la même, le gonflement et la rougeur persistaient, l'œil était larmoyant. La persistance des symptômes, quelques jours plus tard, me fit craindre une maladie du périoste. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises, sans avantage. Cependant réfléchissant que la céphalalgie était plus forte le matin, et que la langue indiquait un trouble des fonctions digestives, je pensai que j'avais affaire à une céphalalgie périodique, et j'adoptai un autre plan de traitement. Je prescrivis un vomitif suivi d'un purgatif, et j'administrai ensuite le sulfate de quinine. Les accès débutaient assez régulièrement chaque matin vers quatre heures. Le malade se réveillait un peu avant cette heure avec un malaise général; bientôt la douleur se faisait sentir, s'exaspérait graduellement, et atteignait son maximum d'intensité en trois heures; alors elle déclinait peu-à-peu, et disparaissait dans un espace égal de temps. A cet accès succédait du malaise et de l'abattement; mais dans l'après-midi et dans la soirée tous les symptômes avaient disparu. Le nouveau traitement n'eut aucun effet immédiat sur la maladie. Un jour l'accès débuta plus tard, mais il eut sa durée habituelle: un autre jour, il fut moins intense, mais il se prolongea davantage. Le premier moyen thérapeutique qui exerça une influence sur la maladie fut l'opium à la dose d'un grain une heure avant l'accès. D'abord il diminua la douleur et rendit l'accès plus court; la seconde fois il prévint complètement l'accès. La maladie dura en tout près de trois semaines. (*The Edimb. med. and surg. Journ.*, janvier 1835).

Traitement de la métrite puerpérale par l'opium a hautes doses; *par le docteur Fleetwood Churchill.* — Obs. I.re — Madame M'Quillan, âgée de 45 ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva les douleurs de l'accouchement le 20 mai 1834. Les contractions furent assez énergiques pendant trente heures, et devinrent irrégulières ensuite. L'enfant présentait la première position de la tête; celle-ci descendit dans l'excavation pelvienne, et resta dans cette position sans être influencée par les douleurs pendant les huit heures qui suivirent. Le retard apporté à la sortie du fœtus paraissant dépendre de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions utérines, le seigle ergoté fut administré à la dose d'un scrupule, répété trois fois, de demi-heure en demi-heure. Lorsque la première dose fut donnée le pouls était à 96; six ou sept minutes après, il était tombé à 69, et cette diminution coïncidait avec un sentiment de défaillance; mais il revint au premier chiffre en moins d'une demi-heure. Cet abaisse-

ment et ce retour du nombre des pulsations de l'artère furent observés à chaque dose. Vingt-quatre heures après le début du travail on entendait distinctement les battemens du cœur du fœtus ; ils étaient plus faibles une heure avant l'administration du seigle ergoté ; les contractions utérines furent considérablement augmentées de fréquence, mais beaucoup moins sous le rapport de leur énergie ; elles n'eurent aucun effet sur la marche de la tête du fœtus. La femme perdait évidemment du terrain ; le pouls était très-fréquent, un peu irrégulier ; il y avait de la fièvre. Le cathétérisme avait été pratiqué plusieurs fois pendant les dernières trente-huit heures, mais la vessie contenait à peine de l'urine malgré la quantité de liquide ingéré. J'introduisis le forceps antéro-postérieurement, à la manière ordinaire, et je délivrai avec quelque peine, mais sans accident, la malade, d'un enfant mort. En examinant l'arrière-faix, le cordon se sépara, et une légère perte sanguine nécessita l'extraction du placenta. Après la délivrance, le pouls était à 130, et l'état de la malade était loin d'être favorable. Toutefois elle parut se rétablir graduellement pendant trois jours, au bout desquels elle fut prise d'une violente inflammation de l'utérus, accompagnée d'ulcération de mauvaise nature, mais superficielle, du vagin et des parties externes de la génération, et d'une fièvre présentant le caractère typhoïde. Pouls, 130, faible. Langue sèche et couverte d'un enduit brun. Dents et lèvres fuligineuses. Peau chaude ; soif vive ; visage altéré ; douleur dans l'abdomen. On sentait l'utérus développé et dur ; la pression sur l'abdomen ne causait de douleur que lorsque les doigts arrivaient en contact avec l'utérus. (Sangsues sur l'abdomen ; fomentations ; injections d'eau chaude dans le vagin toutes les deux heures ; solution d'acétate de plomb sur la vulve ; calomel et opium à hautes doses.) Le cathétérisme fut pratiqué trois fois par jour. La malade resta environ dix jours dans cet état fâcheux. Un vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen. Le calomel fut abandonné parce qu'il causait de la diarrhée, quoique la bouche fut heureusement affectée. Les autres moyens furent continués exactement. Après ce laps de temps, il s'écoula de l'utérus une grande quantité de matière purulente ; en même temps, cet organe diminua de volume et devint moins douloureux. L'ulcération du vagin prit un meilleur aspect ; la fièvre baissa ; mais quinze jours après l'accouchement, je trouvai un matin la malade dans un état de collapsus, peau froide et couverte d'une sueur visqueuse ; pouls 100, très-faible ; extrémités froides. Le vin et le sulfate de quinine furent administrés largement, on fit des applications chaudes sur la peau ; la malade revint peu à peu. L'abdomen devint sensible à la pression ; un écoulement blanc se fit pendant quelque temps par le vagin ; l'ulcération du vagin et de la vulve se cicatrisa ; le pouls tomba ; l'appétit revint, et la malade, quoique faible, entra en convalescence.

Je crains que le récit de cette observation ne donne qu'une bien faible idée de la violence de la maladie et des efforts de l'organisme pour y résister. Je n'ai jamais vu un cas aussi grave rester si long-temps presque sans espoir, et cependant la malade revenir à la santé. Plusieurs circonstances de ce fait méritent d'être notées. Je ne sais si d'autres praticiens ont souvent observé une suppression aussi complète de la secrétion urinaire chez des femmes en couche, buvant abondamment; du moins, ce cas ne s'était jamais présenté au dispensaire de Wellesley. L'introduction du cathéter répétée trois fois dans trente-six heures ne fournit pas plus de deux onces d'urine. L'action du seigle ergoté fut très-remarquable; son effet immédiat fut la dépression soudaine des mouvemens du cœur, suivie d'excitation. Je l'avais vu produire une excitation qui allait même jusqu'au délire, mais je n'avais point encore observé l'abaissement préalable du pouls. Le docteur Collins, professeur d'accouchement, m'a assuré avoir vu ce phénomène dans tous les cas où il a administré ce médicament. — Doit-on attribuer la mort de l'enfant à l'excès de pression exercée sur lui par l'utérus stimulé à se contracter plus fréquemment par l'ergot? — J'ai déjà noté, dans un rapport sur les maladies traitées à l'*Institution de Wellesley pour les femmes*, le secours précieux fourni par la sensibilité du ventre à la pression pour distinguer la métrite puerpérale de la péritonite puerpérale. Dans la première, la douleur n'est produite *que lorsque les doigts viennent à toucher l'utérus développé et dur;* le ventre lui-même est en général indolent; dans la péritonite, au contraire, la sensibilité est répartie également à peu près à toute l'étendue de la paroi abdominale.

Quant au traitement, sans infirmer la valeur des moyens antiphlogistiques ordinairement employés, je dois attirer spécialement l'attention sur les avantages des injections d'eau tiède dans le vagin, et de l'emploi de l'opium, soit seul, soit combiné avec le calomel. Il est avantageux que la bouche s'affecte; mais si cela n'a pas lieu et si la diarrhée survient, il faut recourir aux fortes doses d'opium souvent répétées, comme le conseillent les docteurs Graves et Stokes.

Obs. II.e. — Le 6 février dernier, je fus appelé auprès d'une femme qui avait éprouvé un refroidissement deux jours après un accouchement naturel. Elle accusait de la douleur dans l'hypogastre. On pouvait sentir le fond de l'utérus développé et dur; la pression y déterminait une douleur très-vive, mais l'abdomen restait indolent à la même pression. Pouls 120 et très-faible; langue brune et sèche; dents fuligineuses; vive anxiété; prostration; peau chaude; ventre libre; lochies supprimées. (Vésicatoire sur l'abdomen; fomentations; cinq grains de calomel et un grain d'opium de deux heures en deux heures). L'état de la malade ne varia point pendant plusieurs jours. La bouche ne s'affecta point; le calomel fut abandonné et l'opium fut

administré seul par grains. Alors la malade commença à aller mieux ; un léger écoulement puriforme fut suivi de la réapparition des lochies. L'utérus diminua de volume et devint moins douloureux ; le pouls tomba et la langue devint plus naturelle ; la guérison s'opéra graduellement.

Bien qu'ici la gravité des symptômes n'eût pas été aussi grande que dans le cas précédent, cependant les signes d'inflammation utérine furent très-marqués, de même que le soulagement apporté par l'opium.

Obs. III.e — La malade s'exposa au froid après l'accouchement ; les lochies se supprimèrent ; des douleurs violentes se manifestèrent par accès dans le bas-ventre. A ma première visite, tout l'abdomen était sensible à la pression ; mais après les fomentations et la saignée, cette sensibilité disparut, et la douleur n'était produite que quand les doigts arrivaient au contact avec l'utérus ; alors, en augmentant la pression, je produisais une douleur aiguë. Malgré l'emploi énergique du traitement antiphlogistique, la malade devint de plus en plus mal ; on perdit tout espoir ; le pouls était à 110, petit, faible, quelquefois intermittent ; la langue était sèche et chargée ; les dents étaient fuligineuses. Je fis abandonner tout traitement, et fis remettre à la malade douze pilules d'un grain d'opium chaque, avec prescription d'en avaler une à chaque retour des douleurs, et de doubler la dose s'il était nécessaire. Il s'opéra bientôt un changement favorable. En peu de jours la douleur cessa, le pouls devint plus lent et plus plein, la langue se nettoya et l'utérus diminua peu à peu de volume. La malade guérit.

Ces faits présentent deux points de ressemblance : 1.° la douleur déterminée par la pression exercée sur l'utérus, avec indolence de l'abdomen, excepté dans le dernier cas pendant un jour seulement ; 2.° les bons effets de l'opium. — Depuis, j'ai observé un quatrième cas de métrite puerpérale qui a présenté les mêmes circonstances. La malade, que j'ai vue conjointement avec le docteur Ireland, est actuellement convalescente après avoir souffert considérablement. — Si l'on en juge par ces faits, il semble que la métrite puerpérale soit moins souvent mortelle que la péritonite puerpérale. (*Dublin Journal*, N.° 18.)

Prolapsus de la matrice réduit par un procédé particulier ; *par le docteur Ireland*. — Marie Shields, servante, âgée de 50 ans, bien portante et douée de beaucoup d'activité, entra à l'hôpital d'accouchement d'Anglesey, le 17 novembre 1834. Environ trois ans avant cette époque elle s'était aperçue, au milieu d'occupations fatigantes, qu'une petite tumeur tendait à se faire jour à travers le vagin. Cette tumeur descendit peu à peu, augmenta de volume, et, à la suite de quelques efforts très-légers, sortit par la vulve qu'elle dépassa de cinq ou six pouces. Dans la position horizontale, la malade pouvait faire

rentrer cette tumeur, qui retombait lorsqu'elle se tenait debout. Elle n'en éprouva que peu de gêne et de douleur, si ce n'est dans la marche, pendant les huit premiers mois, après lesquels la réduction ne fut plus possible. Pendant les huit mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, elle souffrait beaucoup d'une sensation de tiraillement (*bearing down*); la surface de la tumeur s'ulcéra, et devint le siége d'un écoulement fatigant; la progression fut extrêmement pénible. Ne pouvant plus se livrer à aucun travail, cette femme se décida alors à demander les secours de la médecine.

Je reconnus un prolapsus de la matrice, donnant lieu à une tumeur de forme conique, qui offrait environ cinq pouces de longueur dans la position horizontale, dont le sommet était formé par l'orifice de l'utérus et dont la base répondait à la vulve. La surface de la tumeur était constituée par la muqueuse vaginale retournée, et distendue en avant par la vessie déplacée, et en arrière par le rectum également déplacé, de manière à présenter une tumeur arrondie dans chacun de ces points. Cette membrane était ulcérée dans une étendue d'environ deux pouces à la partie antérieure de la tumeur, presque jusqu'à l'orifice de l'utérus; le reste de la membrane avait plutôt l'aspect de la peau que celui d'une membrane muqueuse. On éprouva quelques difficultés pour vider la vessie. Il y avait un peu de constipation; la malade n'avait jamais eu d'enfans, sa santé avait toujours été bonne. Jusqu'au 24, on n'eut toujours recours qu'à un traitement palliatif qui diminua les douleurs; mais la malade désirant être traitée plus activement, j'enlevai sur la partie latérale de la tumeur et dans toute sa longueur, un lambeau de la membrane muqueuse vaginale, large d'un pouce et demi. Ce lambeau fut circonscrit par deux incision parallèles, excepté à chacune de leurs extrémités où elles se réunissaient brusquement, et fut disséqué en commençant au niveau de la vulve. J'éprouvai quelque difficulté à détacher la muqueuse épaissie des tissus sous-jacens. L'hémorrhagie fut peu considérable; un vaisseau qui donnait avec assez d'abondance fut oblitéré par la torsion. Les bords de la plaie furent maintenus affrontés à l'aide de quatre points de suture, après quoi l'utérus fut facilement réduit par une pression modérée. La malade n'éprouva de douleur que lorsque l'on eut à agir sur les parties voisines de la vulve et sur le museau de tanche, seules parties de la tumeur qui fussent douées de sensibilité. Immédiatement après l'opération, on injecta une demi-pinte d'eau froide dans le vagin et dans le rectum afin de prévenir toute hémorrhagie, accident qui n'eut pas lieu.

Le 30 novembre, la malade n'avait pas offert un seul symptôme fâcheux, ni fièvre, ni douleur locale, ni hémorrhagie. On se borna à lui prescrire un doux laxatif, et le repos dans le décubitus horizontal. Toutes les parties conservèrent leur position naturelle. Le rectum et la vessie se vidaient facilement.

Le 15 novembre, le toucher permit de constater que le museau de tanche occupait sa position normale; on sentait les ligatures qui n'étaient pas encore détachées. La malade put alors se lever sans éprouver aucune tendance à la récidive, et sans ressentir ce tiraillement qui l'avait tant tourmentée.

Dans ce cas, j'ai enlevé le lambeau de la muqueuse vaginale sur la partie latérale de la tumeur, parce que, me trouvant ainsi entre la vessie et le rectum, j'évitais le danger de blesser ces organes. En outre, la dissection de ce lambeau, à partir de la partie supérieure de la tumeur, me paraît plus facile que le procédé du docteur Marshall Hall. (*Dublin Journal*, N.° 18).

Obstétrique.

Observations de sortie prématurée du cordon ombilical dans un état d'altération avancée : *par le docteur Raffaele Marino.* — Obs. I.re — Maria, mère de deux enfans, âgée de 37 ans, accoucha heureusement d'un enfant mâle le 28 juin. La sage-femme attendait la sortie du placenta, quand, après une forte douleur utérine, elle vit apparaître hors des parties un gros peloton formé par le cordon ombilical, et le bras d'un second fœtus. Cette circonstance la décida à me faire appeler vers deux heures de la nuit; je trouvai le cordon ombilical noué autour du bras sorti que je reconnus être celui du côté gauche; ce cordon était d'une longueur extraordinaire, froid, noirâtre, et n'offrait aucune pulsation. Je me rappelai alors le cas publié par le docteur *Pétrunti*, et les conseils de *Maygrier* à ce sujet. Je n'eus pas recours aux bains chauds à l'imitation de ce praticien à cause de l'écoulement du sang qui avait lieu par le vagin, et parce qu'une partie du placenta était engagée dans l'orifice de l'utérus. J'enlevai les tours du cordon qui recouvraient le bras, je le recouvris avec un linge imbibé d'eau vinaigrée tiède et le repoussant à gauche avec ma main droite, j'opérai avec la main gauche la version du fœtus dont je fis promptement l'extraction malgré l'inertie de l'utérus : le voyant respirer, je m'empressai de couper le cordon qui ne donna pas une seule goutte de sang. Aussitôt l'enfant commença à crier, et parut vivace et bien conformé. Il n'y avait qu'un seul placenta, le cordon du second fœtus était long de 15 pouces et était plus gros que celui du premier, qui avait 7 pouces de long. Aucun accident ne survint, excepté un peu d'affaiblissement de la mère, qui continua à éprouver un écoulement sanguin un peu alarmant; toutefois, cette hémorrhagie fut combattue avec succès dans l'espace d'une demi-heure, par les fomentations froides sur l'hypogastre et le tamponnement du vagin. En examinant avec soin le nouveau-né, je reconnus que l'humérus gauche était fracturé à son tiers supérieur; cette fracture ne pouvait être attribuée

qu'à des tractions immodérées, ainsi que je l'ai vérifié depuis. Du reste cette fracture s'est consolidée sans accident.

Obs. II.e — En mai 1823 je fus appelé à donner des soins à une femme en couche. Le bras droit sorti hors des parties génitales, avait entraîné avec lui une longue anse du cordon ombilical; ce cordon était contus et déchiré dans quelques points de son tissu; il n'offrait aucun battement, il était froid : circonstances qui étaient propres à faire croire à la mort du fœtus. Le docteur Rossi s'était réuni à moi; notre étonnement fut grand lorsque nous vîmes sortir de l'utérus un fœtus sain et bien vivant; il ne survint rien de particulier après l'accouchement.

Obs. III.e — En octobre 1826, une villageoise qui avait déjà eu deux accouchemens contre nature, fut prise d'hémorrhagie utérine dans le huitième mois de sa grossesse. Cette hémorrhagie durait depuis vingt-deux heures, lorsque son abondance força la malade à m'envoyer chercher. Le fœtus présentait le ventre avec une partie du placenta engagée dans l'orifice utérin. Le cordon ombilical était pendant jusqu'aux genoux, noué vers sa partie moyenne, et était sorti depuis le moment où les premières gouttes de sang s'étaient montrées. Rien n'avait été fait pour le mettre à l'abri des violences extérieures, je le trouvai gonflé, à moitié putréfié et froid, le sang coulait encore d'une manière continue; je pratiquai la version du fœtus avec peine, à cause de la dimension non ordinaire du diamètre sacro-pubien; le nouveau-né vint au monde en mauvais état, et vivant; il respira trente heures et mourut.

Obs. IV.e *publiée par le docteur Gabriati* (*Il Severino*, juillet 1833). — Une dame, qui pendant un travail de trois heures avait rendu du sang noir au lieu des eaux de l'amnios, mit au monde un fœtus vivant et bien nourri. Le cordon ombilical était à moitié putréfié; on observait à son point d'union avec le placenta, dans une étendue de trois doigts à travers la membraue qui recouvre celui-ci, une portion du tissu du placenta livide, gonflée et imprégnée de sang noir; il est probable que l'extravasation du sang s'était faite en cet endroit.

Le docteur Gabriati conclut dans un de ses corollaires, que l'hémorrhagie du cordon ombilical n'a aucune influence sur la vie et sur la santé du fœtus. Certainement la vie du fœtus dépend de ce tissu vasculaire. Mais lorsque l'organisation est parfaite, lorsqu'un obstacle s'oppose à la circulation fœtale, l'enfant peut vivre, suivant moi, encore plusieurs heures.

La sortie du cordon ombilical me paraît une chose très-commune chez les paysannes qui se livrent à de rudes travaux; sur dix accouchemens, j'ai rencontré cette complication trois à quatre fois : c'est ordinairement un signe de travail contre nature. (*Il Filiatre Sebezio*, t. VIII, p. 198.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 3 mars 1835. — L'Académie reçoit un rapport de M. Daille, et un autre de M. Loyseau, sur une maladie que ces médecins désignent sous le nom de gastro-entéro-céphalite, et qui a causé plusieurs décès dans deux communes du département du Jura; un rapport de M. Jeannin, sur une fièvre typhoïde qui a régné pendant les quatre derniers mois de 1834, dans la commune de Cernon, département du Jura; des considérations de M. Fleury, pharmacien à Rennes, sur la rareté des sangsues en France, sur le besoin et les moyens de les multiplier; une lettre du ministre qui invite l'Académie à nommer une commission spéciale pour examiner la méthode employée par M. Delaroque, dans le traitement des fièvres typhoïdes, etc.; enfin, une lettre de M. Robert, sur le choléra de Marseille Le nombre des morts s'est accru d'une manière remarquable du 19 au 25 février; ce dernier jour, à trois heures, sur 52 décès il y en avait 32 par le choléra.

Composition du prochain fascicule des mémoires de l'Académie. — M. Bousquet, au nom du comité de publication, propose de composer ce fascicule des objets suivans : pour la partie historique, le *Rapport de M. Bourdois, sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans la salle des séances de l'Académie*. Pour la partie des Mémoires : 1.° *Les remarques de M. Civiale, sur la lithotritie*. 2.°-*Une observation de fracture de la colonne vertébrale, par M. Lauth, de Strasbourg*. 3.° *Une observation sur un cas d'obturation complète de la pupille, suite de l'opération de la cataracte, par M. Silvy, directeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble*. 4.° *Des expériences sur l'efficacité de l'hydrate de peroxyde de fer, comme antidote de l'arsenic, par M. Boulay jeune*. 5.° *La troisième partie d'un rapport dont les deux premières sont insérées dans les Fascicules, par M. P. Dubois*. 6.° *Un mémoire de M. Ravin, en réponse à la question proposée par l'Académie, sur les tubercules*.— Cette liste est adoptée à l'exclusion seulement de la *troisième partie du rapport de M. P. Dubois*, attendu qu'elle n'a pas encore été présentée au comité de publication.

Peroxyde de fer hydraté, contre-poison de l'arsenic.—M. Boulay jeune lit un mémoire sur ce sujet. Il a choisi pour ses expériences des chevaux chez qui le vomissement est impossible, afin d'éviter l'opération de la ligature de l'œsophage. Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1.° l'empoisonnement par l'arséniate de potasse

ne peut être combattu fructueusement au moyen de l'hydrate de peroxyde de fer. 2.° Le sulfate de fer employé dans le même but ne produit non plus aucun effet avantageux. 3.° L'acide arsénieux ne détermine l'empoisonnement chez le cheval qu'à la dose de deux onces environ, et dans cette circonstance la mort arrive constamment du deuxième au troisième jour. 4.° Le peroxyde de fer hydraté paraît être, comme l'a annoncé M. Bunsen, le contre-poison de l'arsenic; mais ce moyen ne réussit que dans le cas seulement où il est employé à une dose beaucoup plus élevée que celle du poison. 5.° Lorsque cet antidote est donné en même temps que l'acide arsénieux, presque toujours il en annulle complètement les effets. 6.° L'hydrate de peroxyde de fer produit encore des résultats favorables, administré quatre heures après l'ingestion du poison. 7.° Son action est nulle lorsqu'on l'emploie long-temps après l'empoisonnement.

Tumeur érectile. — M. Lisfranc présente une tumeur érectile datant seulement de deux mois, et renfermant une concrétion osseuse grosse comme un grain de chenevis, et qu'il a enlevée sur un jeune homme de 24 ans. Elle avait son siége au visage, et offrait le volume du bout du doigt auriculaire. M. Lisfranc a remarqué que, pour qu'une tumeur de cette espèce ne se reproduise point sur la cicatrice, il faut enlever au moins deux lignes du tissu sain autour de la tache de la peau, toutes les fois que les parties environnantes le permettent.

Corps étranger dans la trachée-artère. — M. Murat communique à l'Académie l'observation d'un vieillard qui mourut presque subitement au milieu de son repas. Ce vieillard, dont les mâchoires étaient dégarnies de dents, avait contracté l'habitude de manger très-vite. On trouva, à l'ouverture du corps, un morceau de bœuf qui occupait la partie inférieure de la trachée, et qui la bouchait complètement; les poumons étaient emphysémateux.

Opération de la cataracte. — M. Faure présente à l'Académie un invalide qu'il a opéré d'une double cataracte par extraction, en incisant la moitié supérieure de la cornée. M. Faure pratique ce procédé depuis fort long-temps; il pense qu'on ne doit y recourir que quand on ne prévoit pas d'obstacle à la sortie du crystallin.

Séance extraordinaire du 7 mars. — Cette séance a été entièrement consacrée à la lecture d'un certain nombre de mémoires sur lesquels nous reviendrons à l'occasion des rapports qui en seront faits.

Séance du 10 mars. — Dans la correspondance se trouve une lettre de M. Peyronneau, de Besson, sur l'emploi du nitrate d'argent dans les maladies inflammatoires de la gorge.— M. Velpeau fait remarquer que ce médicament a été préconisé depuis un certain nombre d'années contre ces maladies, et que la lettre de M. Peyronneau ne saurait être pour ce médecin un titre d'antériorité.

M. Breschet annonce à l'Académie la mort de M. Lobstein, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et donne une courte notice de ses travaux. Il demande qu'on parle de ce professeur, ainsi que de M. Fodéré, dans la séance publique qui doit avoir lieu prochainement. Adopté.

Paralysie de la face a la suite d'un coup de pistolet chargé a poudre, dans l'oreille. — M. Breschet présente à l'Académie une jeune fille qui s'est tirée, dans l'oreille, un pistolet chargé seulement à poudre. Il en est résulté de graves désordres locaux qui ont été combattus avec succès par les irrigations d'eau froide; mais le côté correspondant de la face est resté paralysé, et M. Breschet s'appuyant sur cette circonstance, admet la division du nerf facial, probablement dans l'aqueduc de Fallope. La surdité est complète de ce côté. — M. Velpeau considère ce fait comme assez commun; toutes les fois qu'on enlève une tumeur dans la région parotidienne, toutes les fois que le nerf facial est lésé, les mêmes phénomènes paralytiques se produisent. — M. Sanson pense que la division du nerf facial n'est rien moins que prouvée. En effet, il a vu le même phénomène morbide causé par une chute sur la tête, et sans qu'on pût admettre la section du nerf. Il suffit donc, pour que la paralysie de la face ait lieu, que le nerf en question soit contus, comprimé, etc., lésé enfin d'une manière quelconque. — M. Breschet répond que dans les cas de paralysie faciale par une lésion autre que la section du nerf facial, l'œil et les paupières présentent un autre aspect. — Cette dernière assertion est niée par M. Bailly.

Extirpation de la parotide. — A l'occasion de la discussion qui précède, M. Roux fait connaître à l'Académie qu'il a fait, il y a une quinzaine de jours, l'extirpation complète de la parotide squirrheuse. Il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'ablation réelle de cette glande. Il avait eu soin de placer préalablement autour de la carotide une ligature d'attente qui s'est trouvée inutile. La paralysie de la face existait avant cette opération dont la science ne possède qu'un très-petit nombre d'exemples, et elle a persisté après.

Varicocèle. — M. Breschet présente à l'Académie un jeune homme qu'il a guéri d'un varicocèle très-considérable par le procédé qui lui est propre, mais auquel il a fait subir une modification. Il se sert d'une pince semblable à celle que Dupuytren employait pour la guérison de l'anus contre-nature. A l'aide de cette pince, il ne se borne pas à comprimer les veines, il les coupe en y déterminant une escarrhe gangréneuse. — M. Velpeau ne comprend pas bien les avantages de la méthode de M. Breschet. On a tour-à-tour conseillé et abandonné l'oblitératien des veines dans le traitement du varicocèle. L'oblitération détermine un trouble de la circulation au-dessous du point oblitéré. Ici la question est complexe et présente deux pro-

blèmes à résoudre ; faut il oblitérer ? Quel est le moyen le plus convenable pour remplir ce but ? Toute la difficulté gît dans la première partie de la question, parce que tout le danger réside dans l'oblitération et non dans le procédé. L'oblitération une fois décidée, le procédé le plus simple est, suivant M. Velpeau, celui qui a été proposé par M. Davat, et qui consiste à passer derrière la veine une épingle, autour de laquelle on passe le fil constricteur. Du reste, M. Velpeau trouve plus simple de découvrir la veine, comme le faisait Delpech, et de la lier, que de comprimer, comme M. Breschet, la veine et toutes les parties molles qui la recouvrent. — M. Breschet répond que la méthode de Delpech ne réussit pas toujours ; que la phlébite et la mort ont suivi le procédé de l'épingle ; que sur soixante cas de guérison par son procédé, il n'a pas vu d'accidens se développer. Il obtient une escharre ; mais il considère cette circonstance comme favorable. Loin qu'il y ait des inconvéniens à oblitérer la veine, il a observé que le testicule, qui était petit et comme atrophié du côté malade, reprenait son volume normal après l'opération. La nécessité d'une opération est d'ailleurs évidente. Le varicocèle met obstacle à l'accomplissement de fonctions importantes ; il donne lieu à une tendance au suicide, à un état voisin de l'aliénation mentale. — M. Velpeau demande comment il peut y avoir moins d'inconvéniens à oblitérer par gangrène que par ligature. Toutes les méthodes ont des inconvéniens ; d'où viendrait l'immunité de celle par escharre gangréneuse ? M. Breschet déprécie la méthode de Delpech ; cependant ce dernier prétendait guérir sept fois sur huit. — M. Breschet admet une grande différence entre oblitérer une veine lentement, ou brusquement comme cela a lieu par le moyen d'une ligature. Il en est, dit-il, de cette opération comme de la méthode de Dupuytren pour la curation de l'anus anormal. Par le procédé de la pince, on évite plus sûrement l'inflammation.

Homœopathie. — M. Adelon lit un rapport relativement à la demande de la Société homœopathique qui désire être autorisée à fonder des dispensaires et un hôpital homœopathiques. La Commission n'a pas cru devoir porter un jugement définitif sur le système homœopathique, et parce qu'il aurait fallu lire les principaux ouvrages des homœopathes, et soumettre leurs dogmes à une sage critique, et parce qu'il aurait fallu, en outre, vérifier toutes leurs expériences. La première opération aurait pu suffire à la rigueur pour juger l'homœopathie ; mais on aurait pu objecter que ce jugement n'aurait été établi que sur des théories et des raisonnemens. Le second travail était complètement impossible. La commission s'est donc renfermée simplement dans la question de police médicale que présente la demande ministérielle. Il s'agit de savoir si l'homœopathie se présente avec l'absence de tout danger et la certitude d'utilité

que le gouvernement doit attendre d'elle pour autoriser des établissemens publics où elle soit appliquée exclusivement. L'homœopathie, pour ne rien dire de plus, se présente avec les insignes du doute ; ses dogmes sont contradictoires entr'eux et violent les règles d'une saine logique, ou au moins sont litigieux et controversables ; ses preuves pratiques sont à faire. En un mot, loin d'être considérée comme une doctrine démontrée, elle ne doit l'être au plus que comme une doctrine à étudier. En conséquence, la commission propose de répondre au gouvernement qu'il n'est pas convenable, dans l'intérêt de la santé publique, d'autoriser, *quant à présent*, dans Paris, l'établissement d'un dispensaire et d'un hôpital où tous les malades seraient traités gratuitement selon la méthode homœopathique. Elle demande, en outre, que l'on accorde à la Société homœopathique tous les autres moyens de propager et justifier sa doctrine par la presse, l'enseignement, les discussions, etc. — M. Esquirol apprend à l'Académie qu'un médecin de Naples, M. de Horatiis, a fait, avec l'autorisation du gouvernement, des essais homœopathiques à l'hôpital clinique de cette ville. Au bout de 45 jours, un ordre a dû les faire cesser, et depuis ce temps, l'homœopathie a été abandonnée à Naples, et par M. de Horatiis lui-même. Le D.r Panvini a fait sur ces expériences un livre fort curieux. — M. Rochoux pense que l'on peut et que l'on doit juger l'homœopathie. Elle se fonde sur des faits qui sont en opposition avec les vérités les mieux établies ; donc elle est absurde. — M. Bouillaud considère l'homœopathie comme meurtrière, et veut que l'on s'élève fortement contre elle et sans ménagemens. Elle est trop ridicule pour que l'on se borne à conclure au doute. Les essais tentés par MM. Andral et Broussais n'ont fourni aucun résultat. On pouvait le prévoir d'après la lecture des ouvrages d'Hahnemann, où l'on ne trouve ni les connaissances ni le langage d'un médecin. Il veut donc qu'on s'élève contre l'homœopathie avec énergie, d'autant plus qu'il n'y a pas que des dupes dans cette affaire, et que la Société homœopathique, sous prétexte de vouloir établir des dispensaires, n'a eu d'autre but que de faire parler d'elle. — M. Desgenettes craignant qu'une discussion trop brusquement fermée ne fasse croire au public non médical que l'Académie veut accaparer la médecine, demande l'ajournement de la discussion, afin que chaque membre puisse s'éclairer sur ce sujet. Cette conclusion est adoptée, et la discussion est remise à mardi prochain.

Séance du 17 mars. — M. Robert adresse une nouvelle lettre sur le choléra de Marseille. Du 17 février au 10 mars, le nombre des malades a été de 665, sur lesquels il y a eu 481 morts. — M. Velpeau présente à l'Académie un instrument de M. Aronsohn, de Strasbourg, destiné à opérer l'amputation du col de l'utérus.

Homœopathie. — M. Itard lit un discours écrit dans lequel il appuie

la demande de la Société homœopathique, par la raison que des médecins doivent avoir la liberté de pratiquer leur art gratuitement. Il pense que la logique est un guide funeste en thérapeutique. La pratique de Rasori a été adoptée à Paris, non sur l'examen de ses idées théoriques, mais d'après des faits. En supposant que l'homœopathie ne fût, en définitive, qu'une médecine expectante, il faut laisser produire les faits ; ce sera le plus sûr moyen d'en finir. Il voudrait d'ailleurs que deux membres de la commission nommée par l'Académie surveillassent le traitement suivi dans le dispensaire homœopathique. — M. Andral fils répond à M. Itard qu'on n'a point accordé de dispensaires pour expérimenter la méthode rasorienne. Ainsi faite, l'expérimentation eût été dangereuse. Il possède 130 à 140 faits recueillis dans un grand hôpital, sous les yeux de nombreux témoins, et avec tous les soins nécessaires pour en assurer l'authenticité. Il a fait deux séries d'expériences. Les premières avaient pour objet de savoir si les médicamens ont la propriété de produire sur l'homme sain des maladies semblables à celles que ces médicamens peuvent guérir. Tous les résultats ont été négatifs. Dans la seconde série d'expériences, il voulait constater si les médicamens guérissent réellement. Constamment la médication homœopathique a été nulle dans ses effets, et il a fallu le plus souvent se hâter de recourir à la médication ordinaire pour éviter des accidens. — M. Double a fait en 1801, avec Dumas, de Montpellier, et plusieurs autres médecins, des essais dans le but de trouver un moyen de produire la fièvre. Les expérimentateurs prirent du quinquina à toutes les doses pendant quatre mois, sans pouvoir se procurer la fièvre. — M. Piorry attaque fortement les ménagemens avec lesquels la commission a traité l'homœopathie. Le ministre ne pouvant refuser l'autorisation d'établir un dispensaire que dans le cas où cette mesure serait accompagnée de danger, il demande que l'on retranche de la lettre écrite en réponse au ministre, tout ce qui exprime un simple doute, et que l'on formule un refus bien nettement exprimé. — M. Rochoux répond à l'assertion de M. Itard, que jamais la logique n'a trompé. Il demande que l'on refuse, non pas mollement mais avec énergie, dans la crainte que les homœopathes ne disent qu'il y a au moins doute puisque l'Académie n'a pas osé se prononcer. — M. Adelon résume la discussion : M. Itard ayant retiré sa proposition, il ne reste plus que deux projets : celui de la commission, et celui de MM. Bouillaud, Piorry et Rochoux. L'Académie doit choisir entre ces deux partis. — M. Bouillaud voudrait qu'on infligeât aux homœopathes, pour pénitence, l'homœopathie même ; qu'on les condamnât, lorsqu'ils seraient malades, à être traités suivant leur méthode ; ce serait un sûr moyen d'en finir. — M. Bailly rend compte des expérimentations homœopathiques qui ont été faites dans son service l'an dernier par MM. Cu-

rie et Léon Simon. M. Curie apporta lui-même des médicamens qu'il avait fait venir d'Allemagne, de la pharmacie même où Hahnemann fait préparer les siens. Au bout de quatre ou cinq mois, M. Curie se retira. De tous les malades traités homœopathiquement, pas un seul n'a guéri. Deux faits font exception : le premier concerne une femme affectée d'un cancer de l'utérus. Elle sortit après trois ou quatre mois de traitement, se disant soulagée ; quinze jours après elle est rentrée à l'Hôtel-Dieu pour la même affection, et elle a succombé. L'autre observation a trait à une fièvre typhoïde. Deux hommes entrèrent presque en même temps dans le service de M. Bailly, avec des symptômes typhoïdes presque absolument semblables. M. Curie en traita un homœopathiquement ; il resta à l'hôpital trois ou quatre mois ; M. Bailly traita l'autre par la méthode ordinaire : la guérison ne se fit attendre que dix-huit jours. — M. Double donne lecture d'un projet de lettre où l'on donne au gouvernement les résultats de l'expérience et l'état de la science au sujet de l'homœopathie ; ce projet de lettre conclut par un refus positif. — L'Académie vote d'abord sur la question du refus en général ; il est adopté à l'unanimité. L'Académie adjoint M. Double à la commission, et décide que le projet de ce médecin sera renvoyé à la commission, afin de fondre les deux lettres ensemble.

Cancer de la langue enlevé par la ligature. — M. Lisfranc présente à l'Académie un homme qui était affecté d'une tumeur carcinomateuse ulcérée, occupant la moitié antérieure de la langue. Cette tumeur a été enlevée avec succès à l'aide de la ligature.

Luxation du fémur directement en bas. — M. Robert présente à l'Académie une luxation du fémur directement en bas, mais incomplète, car la tête de l'os repose sur le rebord de la cavité cotyloïde.

Séance du 24. — **Homœopathie.** — M. Adelon, rapporteur de la commission, annonce que la lettre proposée par M. Double a été adoptée par la commission à une majorité de six voix sur neuf. Cette lettre présente l'homœopathie comme une chose qui, loin d'être nouvelle, cherche en vain à s'introduire dans la médecine depuis trente ans ; chez nous, comme dans tous les autres pays, soumise à l'épreuve de la logique, elle n'a montré que contradictions, etc. ; l'épreuve de l'investigation des faits lui a été également défavorable ; car, se résumant à rien, elle est inutile et devient dangereuse dans les cas où il faut agir. L'intérêt de la santé publique s'oppose donc à ce que l'autorisation demandée soit accordée. — M. Adelon pense que cette lettre va trop loin, en jugeant à tout jamais la doctrine homœopathique ; il s'appuie principalement sur quatre motifs : 1.° la commssion ne juge que d'après la notoriété publique, puisqu'aucun des faits opposés contre l'homœopathie ne lui est propre comme commission ; 2.° un blâme absolu n'était pas nécessaire, puisqu'il ne rentrait pas dans la ques-

tion posée ; 3.° il est fâcheux de présenter au public, comme homicide, un système qui, en dernière analyse, est préconisé par des médecins ; 4.° en disant plus qu'il n'est juste et nécessaire, on exercerait sur des confrères un pouvoir disciplinaire en fait de doctrines scientifiques. Que dirait l'Académie si, se fondant sur sa décision, on attaquait un médecin homœopathe en dommages-intérêts, dans un cas malheureux? — M. Émery, au contraire, pense qu'il suffit de lire les ouvrages d'Hahnemann pour se convaincre de l'absurdité complète de cette doctrine. Il demande que la lettre soit d'une grande sévérité. Il a d'ailleurs expérimenté sur lui-même les médicamens homœopathiques et a pu se convaincre de la nullité de semblables moyens. — M. Louis vote également pour une grande sévérité et appuie son vote sur les raisons suivantes : En médecine et surtout en thérapeutique, jamais une seule vérité n'a été trouvée *à priori* ; toujours une vérité de cet ordre a été le fruit de longues et pénibles recherches ; celles que supposerait la création de la doctrine homœopathique, si elle était appuyée sur une telle base, sont si immenses que vingt hommes, en y consacrant toute leur vie, ne pourraient accomplir une telle tâche. L'homœopathie a donc été inventée, faite *à priori* ; elle ne peut donc pas être vraie. — M. Bouillaud parle dans le même sens que M. Louis, et réfute les objections de M. Adelon. — M. Lodibert pense que l'Académie a renvoyé la lettre de M. Double à la commission, non pour l'adopter, mais pour la fondre avec celle de M. Adelon. La première de ces deux lettres, dont il adopte les principes, devrait être raccourcie et modifiée dans plusieurs de ses expressions. La sévérité, ajoute-t-il, ne signifie rien ; les conclusions sont tout. — M. Marc : On doit des remercîmens à MM. Andral et Bailly pour avoir opposé des faits à une doctrine qui n'a pas le sens commun, non à cause des médecins qui n'avaient pas besoin de ces faits, mais à cause du public non médical. — Après quelques phrases échangées, la discussion est close. La lettre de M. Double est adoptée.

Traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs. — M. Piedagnel lit un mémoire sur ce sujet. Dans l'espace de neuf mois, il a observé cent trente-quatre cas de fièvre typhoïde dans son service médical. Suivant lui, dans la fièvre typhoïde, la partie postérieure du poumon est le siége d'une pneumonie particulière que l'on peut regarder comme le caractère anatomique par excellence de cette fièvre ; car on le trouve d'une manière plus constante que toutes les autres altérations des divers organes, sans excepter celles du tube digestif. Les cent trente-quatre malades cités ont été traités par les purgatifs, et les résultats obtenus ont été plus satisfaisans que ceux qui sont obtenus par les autres traitemens. A ce sujet, M. Piedagnel compare le chiffre de la mortalité observée dans son service avec celui des services de MM. Chomel et Bouillaud. Toutefois, pour apprécier l'in-

fluence du traitement dans cette maladie, M. Piedagnel distingue plusieurs variétés de fièvres typhoïdes : la fièvre typhoïde simple, l'adynamique, l'ataxique et la fièvre typhoïde foudroyante. Dans cette dernière, la mort arrive avec une grande rapidité, et l'ouverture des cadavres ne présente aucune lésion anatomique. La fièvre typhoïde ataxique est caractérisée par des symptômes cérébraux et par des lésions anatomiques qui ont leur siége dans les organes encéphaliques. Soixante-neuf malades, présentant la première variété, ont été soumis au traitement par les purgatifs, tous ont guéri. Pour la seconde variété, le chiffre de la mortalité n'a pas été aussi élevé qu'il arrive d'ordinaire avec les autres méthodes de traitement. La troisième et la quatrième variétés ont fourni seize malades ; ici la mortalité a été effrayante ; neuf malades ont succombé. Aussi M. Piedagnel pense-t-il que pour cette variété de la maladie en question, il faut chercher un autre traitement. Il fait remarquer en outre que les influences atmosphériques ont paru agir puissamment, soit pour favoriser les bons effets du traitement, soit pour les entraver. — M. Bouillaud réclame contre les assertions de M. Piedagnel ; il se propose de publier des faits qui prouveront que le chiffre de la mortalité dans son service n'a pas été tel que l'a dit M. Piedagnel, d'après des renseignemens insuffisans.

Oblitération spontanée de l'aorte.—M. Louis présente à l'Académie une pièce anatomique recueillie sur une femme de 45 ans, morte dans son service. Cette pièce présente une oblitération complète de l'aorte un peu au-dessus de sa bifurcation, ainsi que des deux iliaques primitives.

Académie royale des Sciences.

Séance du 2 mars. — **Eaux minérales.** — M. Legrand soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les variations qui ont été signalées dans la température de plusieurs sources thermales. Nous en parlerons lorsque le rapport sera fait sur ce mémoire.

Culture de l'opium. — M. Texier adresse de Constantinople une note sur la culture de l'opium à Afioum-Kara-Hissar (Asie mineure). La culture du pavot dans le Pachalik, dont la ville de Kara-Hissar est le chef-lieu, s'étend aussi dans plusieurs provinces voisines ; on commence à le rencontrer dès qu'on a franchi les montagnes de Kedous (de l'ancienne Phrygie Epictete). Depuis ce point jusqu'à Kara-Hissar les grandes formations sont toutes volcaniques ; mais les terrains de culture sont variables, ce qui montre qu'une nature spéciale du sol n'est pas une condition nécessaire pour la qualité supérieure des produits.

La température de ces contrées est assez peu élevée ; l'hiver, il n'est pas très-rare de voir la neige rester plusieurs mois sur la terre. On y trouve des plantes qui naissent à l'état sauvage dans des contrées voisines du tropique, mais qui sont cependant l'indice d'une zone tiède, tels que l'agave, le cactus, etc., plantes qui pullulent en Corse, en Italie et jusque dans le midi de la France. Pendant quelques mois le thermomètre s'élève jusqu'à 25 ou 30 degrés ; mais M. Texier, qui soutient que la culture de l'opium pourrait être introduite en France, déclare que cette élévation n'a point d'influence sur la production de l'opium, attendu que la chaleur cesse au mois de juin. Pendant le séjour qu'a fait M. Texier à Kara-Hissar (du 2 au 6 juillet), il faisait froid ; le thermomètre se soutenant entre 10 et 12 degrés ; mais, dit l'auteur de la note, une condition nécessaire pour assurer la qualité des produits et l'abondance de la récolte, c'est l'absence de pluies fortes ou continues pendant la dernière moitié de mai ou en juin, parce que l'eau fait couler l'opium, et une seule pluie soutenue pendant quelques jours peut ruiner toute une récolte.

On commence, en décembre, à travailler la terre par le moyen du hoyau. Lorsque les terres ne sont pas si fortes que celles de Kara-Hissar, on emploie la charrue. Les sillons doivent avoir une largeur suffisante pour qu'on puisse circuler librement sans endommager les tiges. Ce sont plutôt des plates-bandes de trois pieds et demi de large séparées par un sentier. La graine de pavot se sème comme le bled, et, réglant le mouvement de la main par celui du pied, on a soin de semer clair. Ainsi une oque de graine est suffisante pour ensemencer une surface de 40 mètres de côté, 1,600 mètres carrés (l'oque égale 1 kilogramme 250 grammes).

Dans les pays favorisés, l'irrigation se fait par canaux. A Kara-Hissar on ne compte que sur la pluie, ce qui rend les variations dans les récoltes très-fréquentes et très-grandes.

Très-peu de jours après que la fleur est tombée, on fend horizontalement la tête du pavot, mais en ayant soin que la coupure ne pénètre pas à l'intérieur de la coque. Il en sort aussitôt une substance blanche qui s'écoule en larmes des bords de la coupure. On laisse le champ en cet état toute la journée et toute la nuit. Le lendemain, avec de larges couteaux, on va recueillir l'opium autour des têtes du pavot ; il a déjà acquis une couleur brune qui augmente à mesure qu'il se dessèche. Une tête de pavot ne donne de l'opium qu'une seule fois, et n'en donne que quelques grains.

Une première sophistication que reçoit l'opium vient des paysans eux-mêmes qui, en le recueillant, ont le soin de gratter légèrement l'épiderme de la coque pour en augmenter le poids. Déjà après cette fraude il y a un douzième de substances étrangères mêlées à l'opium.

Ainsi récolté, il se présente sous forme d'une gelée gluante et gru-

meleuse ; on le dépose dans de petits vases de terre et on le pile en crachant dans le mortier. M. Texier ayant demandé pourquoi on ne prenait pas la peine d'y jeter de l'eau, les paysans répondirent que cela gâterait le produit. L'opium est ensuite enveloppé dans des feuilles sèches, et c'est dans cet état qu'il est livré au commerce.

La graine des pavots qui ont fourni l'opium, est également bonne pout ensemencer l'année suivante.

— M. de Mirbel lit des recherches sur divers points d'anatomie et de physiologie végétale.

Séance du 9 mars. — MM. Velpeau et Leroy d'Etioles se mettent sur les rangs comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par la mort de M. Dupuytren.

M. Biot consulte en cette occasion l'Académie pour savoir si on donnera, comme on l'a fait jusqu'ici, un tour de faveur aux candidats qui auraient des mémoires à lire, et si on éloignera le temps de l'élection.

Il s'engage à ce sujet une discussion un peu vive, et qui donne occasion à plusieurs membres de demander le comité secret.

Séance du 16 mars. — Le procès-verbal fait connaître la décision de l'Académie relativement à la discussion qui s'était engagée dans la dernière séance, et continuée dans le comité secret, à l'occasion du donte émis par le président, savoir, s'il convenait de continuer à accorder des tours de faveur pour lecture de mémoires aux candidats pour la place vacante. L'Académie s'est occupée également des moyens de rendre plus faciles les communications avec les savans étrangers, et à cet effet elle a arrêté provisoirement : 1.° que pour prévenir les pertes de temps, les académiciens s'interdiront de demander lecture d'une lettre dont ils n'auraient pas pris d'avance communication ; 2.° que les lectures faites par des étrangers ne pourraient pas durer plus de quinze minutes ; 3.° qu'il ne sera plus accordé de tour de faveur aux candidats ; 4.° que cependant pour ne pas donner à cette résolution un effet rétroactif, on ne l'appliquera qu'à la candidature prochaine.

— M. Ségalas se met sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren.

— M. Breschet dépose un mémoire sur l'anatomie de l'organe de l'audition chez les oiseaux, avec un atlas de douze planches. Cet ouvrage fait suite à ses *Recherches sur la structure des organes des sons chez les animaux vertébrés.*

— M. Cocteau présente un fragment de son travail sur les scincoïdes. Il signale spécialement l'indication d'un os particulier au bassin des scinques et à celui de plusieurs sauriens, os qu'il a nommé provisoirement, et à cause de sa position, *cloacal.*

Organogénésie. — M. Dutrochet fait en son nom et celui de MM.

Serres et Isidore Geoffroy, un rapport sur un mémoire de M. Coste ayant pour titre : *Recherches sur la génération des mammifères : développement de la brebis.*

VARIÉTÉS.

Lettre adressée à M. le docteur Ch. A. Louis, *médecin de l'hôpital de la Pitié, etc., relativement à sa brochure intitulée :* Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, etc.; *par le docteur* Al. Donné, *ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine, etc.*

Monsieur,

Permettez à l'un de vos anciens élèves de vous adresser quelques réflexions au sujet de la nouvelle brochure que vous venez de publier, sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires, particulièrement dans la péripneumonie.

Personne n'est plus pénétré que moi de l'importance de vos laborieuses et constantes recherches, personne n'admire davantage la persévérance de vos efforts, votre ardent amour de la vérité, le profond savoir et l'exactitude que vous apportez dans vos observations. Je me plais en toute circonstance à reconnaître, que nulle part pendant le cours de mes études, je n'ai puisé plus de lumières, plus d'idées nettes et précises sur l'art d'observer les faits sans idée préconçue, de les analyser et de les apprécier, que dans vos leçons ou plutôt dans vos conversations cliniques; la méthode rigoureuse que vous appliquez à l'examen des malades, a mis plus d'ordre en six mois dans ma tête, que n'avaient fait les vagues raisonnemens de beaucoup d'auteurs.

Je suis bien éloigné de vouloir nier les avantages de la méthode numérique dont vous faites un si heureux usage et que vous défendez par de bonnes et solides raisons. Mais il y a quelques remarques à faire sur cette méthode, que je crois utiles, non pas pour vous, monsieur, qui la maniez avec tant de prudence et d'habileté, mais pour ceux qui, marchant sur vos pas, risquent de s'en servir avec moins de discernement et d'en tirer de fausses conséquences.

Il est clair que nous ne pouvons faire aucun raisonnement dans les sciences sans comparer des faits et par conséquent sans les compter. Mais si l'on a tant abusé de théories imaginées *à priori* et par de simples vues de l'esprit, si l'observation des faits doit passer avant tout, il ne faudrait pas croire qu'il ne soit pas tout aussi facile d'abuser des faits et de se laisser abuser par eux. Il y a dans ce mot, *un fait*, quelque chose qui saisit l'esprit et qui semble devoir écarter

toute espèce de considération autre que celle du fait en lui-même ; lorsque les faits parlent, il n'y a, dit-on, rien à répondre.

Il n'est pourtant pas vrai que les faits soient ainsi le dernier mot de la science ; bien plus, les faits, et je ne parle que des faits bien observés, ne sont pas plus à l'abri du temps et des progrès que les théories elles-mêmes ; un fait vrai, il y a un siècle, peut être faux maintenant ; et il est probable que les faits les mieux constatés de notre époque ne résisteront pas davantage à la marche progressive des sciences. Ceci a sans doute besoin de quelques explications.

Il n'y a rien d'absolu, de définitif, ni de complet en ce monde, et les faits sont, comme les idées, soumis à cette loi. Il est bien entendu que je ne veux parler des faits que dans leurs rapports avec nous, des faits analysés par notre esprit, enfin de ce que l'on peut appeler des faits scientifiques. Le *fait* de l'existence de l'air, du calorique, de la lumière et des phénomènes que ces corps produisent, ne peut varier tant que l'univers obéira aux lois actuelles, tant que le monde sera ce qu'il est ; mais la connaissance que nous avons de la nature de ces corps et de leurs propriétés, varie avec le progrès des sciences ; ainsi, c'est un fait que la chaleur traverse les corps diaphanes ; mais avant les travaux récens de M. Melloni, nous regardions ce fait, ou ce qui est la même chose scientifiquement parlant, le rapport entre la transmission du calorique et la diaphanéité, comme absolument vrai, tandis qu'il ne l'est pas ; cet habile physicien nous a montré, par des expériences ingénieuses et positives, que la transmission de la chaleur à travers les corps n'est pas liée à la diaphaneité, mais à la nature intime de ces corps. Voici donc un fait qui, considéré scientifiquement, a été vrai pendant long-temps, dont on pouvait raisonnablement tirer des conséquences, et qui pourtant était faux, puisqu'il était incomplet. Or, qui peut se flatter de pouvoir jamais envisager un seul fait sous toutes les faces, et si complètement que l'on ne puisse plus y rien ajouter par la suite. Un fait ne peut donc jamais être considéré comme absolument et définitivement vrai, puisqu'il ne peut pas être complet, et il suffira d'y ajouter la moindre chose pour que ce fait devienne nouveau à notre égard et que nous le jugions tout différemment.

Ces considérations me semblent rigoureuses et les observateurs ne devraient jamais les perdre de vue. Elles sont particulièrement applicables à l'étude que nous faisons des phénomènes de la vie, en santé et en maladie. Ainsi, sans aller chercher d'autres exemples dans les sciences physiques où j'en trouverai à chaque pas, je vais montrer combien les faits, les mieux reconnus en médecine, sont variables et changeans.

La phthysie laryngée a été pendant long-temps admise comme étant une maladie particulière, ayant une individualité parfaitement dé-

montrée et indépendante; c'était enfin un fait médical bien établi. Eh bien! des travaux modernes mieux dirigés; des observations faites avec plus de soins, vos recherches en particulier, Monsieur, tendent à faire croire aujourd'hui que cette affection n'est qu'un effet, qu'un accident d'une autre maladie, comme l'ulcération des poumons n'est-elle même que le résultat de la fonte de la matière tuberculeuse; et si de nouvelles recherches montraient de nouveaux rapports entre cette maladie et l'état du sang, par exemple, chez les individus qui en sont affectés, la phthysie laryngée prendrait encore un autre rang dans le cadre nosologique et deviendrait pour nous un fait médical tout nouveau. J'en dirai autant du ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, considéré pendant long-temps comme étant un phénomène morbide, appartenant le plus souvent à l'inflammation, et que de nouvelles recherches attribuent à une opération purement chimique, dépendante de la réaction des acides de l'estomac sur les parois de cet organe lorsqu'il est privé de la vie. Si plus tard on vient à rapprocher ce fait du phénomène d'électricité animale, il changera encore une fois de valeur, et son aspect sera tellement différent pour nous qu'il sera comme un fait tout nouveau.

On me répondra sans doute que dans les exemples que je viens de citer, ce ne sont pas les faits qui ont changé, que ces faits sont restés et resteront toujours ce qu'ils sont en eux-mêmes, et que seulement nous les envisageons d'une autre façon; c'est le mode d'interprétation qui change, c'est en un mot une nouvelle théorie qui succède à l'ancienne, et voilà tout. Ainsi, la chaleur traverse toujours les corps diaphanes de la même manière; les ulcérations du larynx, les ramollissemens de la membrane muqueuse gastrique, existent aujourd'hui comme autrefois, et toutes les théories du monde ne peuvent empêcher ces phénomènes de se produire et de se développer suivant certaines lois constantes. Dono, les faits demeurent et les théories seules sont mobiles; donc, les faits méritent seuls notre confiance, parce qu'ils sont inébranlables.

Mais encore une fois il faut s'entendre sur ce que c'est qu'un fait pour nous et pour la science. On doit distinguer les faits en faits bruts et matériels et en faits scientifiques; les faits bruts et matériels existent, indépendamment de toutes les idées que nous y attachons, de toutes nos explications, de nos interprétations, de nos théories, des causes que nous leur supposons et des rapprochemens que nous établissons entre eux; sous ce rapport ils sont immuables et éternels comme le monde lui-même; mais aussi les faits ainsi réduits à leur existence matérielle, ne sont rien pour nous et ne constituent nullement la science. Tous les faits existent ainsi depuis le commencement du monde, aussi bien pour les siècles d'ignorance que pour les siècles de lumière : ils ne sont rien pour nous, tant que nous n'établis-

sons aucun lien entre eux; il ne suffit pas de constater leur existence pour qu'ils nous soient de quelqu'utilité et leur faire prendre rang dans la science. Ce sont des matériaux inertes dont nous ne pouvons faire usage tant qu'ils restent isolés et que nous ne les rapprochons pas les uns des autres; c'est nous qui leur donnons la vie par l'association que nous faisons entre eux à l'aide de notre intelligence.

Ainsi, la transmission du calorique à travers un corps ne nous dit absolument rien à l'esprit, tant que nous ne rapprochons pas ce phénomène de quelques-unes des propriétés des corps, de la diaphanéité par exemple; sans cela nous saurions que la chaleur traverse telle substance, mais nous ne saurions pas si elle traverse telle autre; ce serait un fait isolé sur lequel on ne pourrait rien fonder; il ne serait donc d'aucune utilité pour nous, il serait comme non avenu, il serait mort.

L'ulcération du larynx et le ramollissement de la muqueuse gastrique seraient de même des faits bruts, sans intérêt pour la science; on les constaterait des milliers de fois sans fruit, si on ne rapprochait pas leur existence de quelqu'autre phénomène; ce ne seraient donc pas des faits scientifiques; considérés comme faits bruts, ils sont immuables; mais du moment, ou par la comparaison et la relation, ils prennent rang parmi les faits scientifiques, ils sont comme tout ce qui tient à l'homme, changeans et incertains; aujourd'hui l'observation les fera rapprocher de telle circonstance; dans quelque temps une observation plus étendue les éloignera pour les associer à d'autres faits.

L'existence de la glande thyroïde, celle de la rate, sont des faits bien constatés; on ne peut contester leur existence, mais ils ne sont pas des faits scientifiques pour la physiologie.

Il résulte de ces considérations qu'il est impossible de faire un pas dans la science humaine, avec les faits tout seuls, puisque les faits ne sont par eux-mêmes rien pour nous, tant que nous ne les lions pas entre eux par les vues de notre esprit; il est donc impossible de se passer de théorie, ainsi que le prétendent certains observateurs qui se croient plus sévères et plus rigoureux que les autres, parce qu'ils invoquent sans cesse les faits. Ils ne font pas attention que chaque fait scientifique renferme en lui-même une combinaison d'idées, une véritable théorie, théorie bien restreinte à la vérité, puisqu'elle ne résulte que de deux rapports; il y a aussi loin de ce premier pas de la théorie, à un système général comprenant un grand nombre de faits, que de la combinaison chimique de deux corps simples, aux combinaisons compliquées d'un corps organisé; mais enfin on peut dire avec vérité, qu'en définitive, toutes nos connaissances aboutissent à une théorie, puisque toute combinaison de faits est une théorie.

S'il en est ainsi, me dira-t-on, si nous ne pouvons même pas comp-

ter sur les faits eux-mêmes, à quoi bon se donner tant de peine pour observer minutieusement et avec exactitude? Toutes ces pierres que nous amassons péniblement pour élever l'édifice de la science, nous avons beau les choisir avec soin, les placer régulièrement les unes sur les autres, nous ne réussirons pas à les ranger dans un ordre convenable, à établir entre elles des rapports durables, et nous verrons bientôt notre monument s'écrouler, comme si nous avions bâti sur le sable.

Cette pensée désespérante serait aussi fausse que la folle espérance de pouvoir achever un jour l'édifice, et de poser sa dernière pierre. S'il n'est pas donné à l'homme de rien faire d'absolu, de définitif et de complet, si sa nature le condamne forcément au provisoire en toutes choses, il lui est cependant permis d'approcher jusqu'à un certain point de la vérité, et ce succès vaut bien qu'il y consacre tous ses efforts. Les sciences naturelles nous offrent un bel exemple de ce que peut faire en ce genre un travail assidu et persévérant; la botanique descriptive est allée presqu'aussi loin qu'elle peut prétendre; c'est pour ainsi dire une science faite, autant qu'il est possible à l'homme de finir quelque chose. Il est bien vrai que l'observation, plus attentive et plus profonde des organes les plus importans des végétaux, que l'analyse intime de leurs élémens constituans, que l'application de la physiologie à cette science, fera découvrir de nouveaux rapports inconnus jusqu'à présent, transportera des espèces d'un genre à un autre, réunira des familles divisées; mais on ne peut pas craindre de voir l'ordre actuellement établi, renversé de fond en comble; de même dans la science que nous cultivons, lorsqu'une maladie a été bien observée, sa marche décrite avec soin, ses diverses périodes exactement indiquées, les phénomènes qui l'accompagnent fidèlement rapportés, il reste toujours quelque chose de cette étude approfondie, et quelques changemens que de nouvelles recherches viennent apporter dans l'appréciation de certains rapports, la science a marché d'un pas, et l'on n'est pas obligé de tout recommencer, comme si rien n'avait été fait.

Mais ceci doit nous rendre circonspects dans les jugemens que nous portons d'après les faits eux-mêmes, et il y aurait de l'inconvénient à nous confier irrévocablement aux faits les mieux observés, comme si un certain nombre de faits soigneusement réunis formaient une base inébranlable à l'abri du temps et des progrès, et dont les rapports soient invariablement fixés.

C'est cette confiance aveugle aux resultats de la méthode numérique et de la statistique que je veux combattre, parce que je la crois nuisible à la saine appréciation de la valeur des faits, et par suite aux progrès de la science. Il y a tant de gens auxquels des colonnes de chiffres en imposent! Toute la science se réduit pour eux à l'addition et à la soustraction.

Je me suis étendu un peu longuement sur cette discussion, parce que je sentais le besoin, Monsieur, de bien expliquer ce que l'on doit, selon moi, entendre par ces mots, *un fait*, et le prix qu'il faut y attacher.

Quelques personnes s'accorderont peut-être avec moi, ou me diront qu'elles n'ont jamais eu d'autre idée sur ce que l'on appelle un fait; mais comme on me paraît très-souvent s'en servir dans un sens beaucoup plus étendu et plus absolu, j'ai cru devoir entrer dans des réflexions détaillées à cet égard.

J'arrive à vos recherches sur les *effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires;* les résultats auxquels vous parvenez me semblent, je l'avoue, moins rigoureux que vous ne le supposez.

Ainsi, d'après vos tableaux, l'emploi de la saignée dans la péripneumonie, n'aurait eu que peu d'influence sur la marche de cette maladie.

Avant de vous présenter ma principale objection, je vous ferai remarquer qu'il faudrait bien s'entendre sur cette influence de la saignée dont vous parlez. Est-ce de la marche seulement de la maladie, c'est-à-dire de ses diverses périodes et de sa durée que vous voulez parler, ou bien est-ce du résultat définitif, c'est-à-dire de la guérison ou de la mort? En d'autres termes, avez-vous eu pour but de déterminer l'influence de la saignée, sur le plus ou moins de jours que dure la maladie, ou bien sur sa terminaison heureuse ou fatale?

Ces deux points sont très-différens et méritent assurément d'être soigneusement distingués. En effet, de ce qu'une méthode thérapeutique n'a pas d'influence sur la durée totale d'une maladie, il ne s'en suit pas nécessairement que cette méthode ne favorise pas la guérison. On pourrait comparer quelques méthodes thérapeutiques à certains procédés opératoires, qui, beaucoup plus longs que d'autres, ne leur sont pas moins préférables, parce qu'ils mènent plus sûrement à bien, qu'ils établissent une guérison plus complète, plus certaine et avec moins de chances dangereuses. Si vous deviez porter un jugement sur un médicament énergique capable de guérir une maladie en quelques jours et une méthode plus douce, également efficace mais plus longue, vous ne condamneriez pas toujours cette dernière à cause de sa lenteur.

Ainsi donc, Monsieur, vous avez parfaitement raison quand vous dites que la manière dont vous avez employé la saignée dans la pneumonie, n'a dans aucun cas jugulé la maladie; mais vous ne pouvez pas aussi rigoureusement conclure, de la durée de la maladie, quelle a été l'influence des saignées sur le résultat final.

Il est vrai que dans votre premier Mémoire vous paraissez au premier abord distinguer ces deux points de vue; ainsi après avoir analysé les effets de la saignée sur la marche et le cours de la pneumonie,

vous passez en revue *les faits relatifs aux sujets qui ont succombé.* Mais comme les sujets dont vous parlez ont tous été plus ou moins saignés, l'influence des émissions sanguines sur l'issue de la maladie ne ressort pas de votre analyse; car, pour connaître la part que peut prendre la saignée à la guérison, il faudrait comparer les cas où ce traitement a été mis en usage, à d'autres cas dans lesquels on ne l'aurait pas employé. Aussi, dans le paragraphe même concernant les sujets qui ont succombé, vous occupez-vous moins d'apprécier l'influence absolue de la saignée, que son influence relative à l'époque où elle a été pratiquée durant le cours de la maladie. Vous dites en effet que sur quarante et un malades, qui tous ont été saignés dans les quatre premiers jours de la maladie, dix-huit ou les trois-septièmes environ ont succombé, et que sur trente-six autres saignés plus tard, neuf ou le quart seulement ont eu le même sort. Il est donc évident que vous établissez par ce calcul les effets de la saignée pratiquée à telle ou telle époque de la maladie, et non son influence absolue et définitive sur le résultat, sur la terminaison heureuse ou fatale, sur la guérison ou la mort. Et cependant vous ajoutez un peu plus bas : *Mais il ne suffit pas d'avoir étudié l'effet des émissions sanguines sur la marche et* SUR LA TERMINAISON *de la pneumonie....*, etc.

En vous exprimant d'une manière si générale, vous paraissez, Monsieur, confondre ensemble le résultat fourni par vos relevés relativement aux effets de la saignée sur la marche et la durée de la pneumonie, celui concernant l'influence de ce même traitement sur l'issue de la maladie, suivant l'époque à laquelle il a été appliqué, avec l'influence absolue et définitive de la saignée en général, sur l'issue funeste ou heureuse de la pneumonie.

Ces deux choses sont, comme vous le voyez, Monsieur, très-différentes l'une de l'autre, et je crois nécessaire de les distinguer plus nettement que vous ne l'avez fait, dans la crainte de voir quelques esprits pousser les conséquences de vos calculs plus loin que vous ne le faites vous-même.

Ce n'est pas là le seul endroit de votre brochure où ces deux points sont confondus ensemble. Ainsi je lis à la page 46 de votre second chapitre, le passage suivant : « Dans les cas dont il s'agit, comme dans ceux qui ont été analysés dans le chapitre précédent, la saignée n'a donc exercé une influence un peu marquée sur la marche des symptômes de la pneumonie, que quand elle a été pratiquée à une époque assez éloignée du début de cette maladie; et sans doute, comme je l'ai déjà dit, parce qu'alors celle-ci était plus ou moins rapprochée de son terme naturel; tandis qu'elle en était plus éloignée dans les cas où les premières émissions sanguines furent pratiquées plus tôt. *Et ces faits, comme ceux qui sont relatifs à la durée de la*

pneumonie, déposent des bornes étroites de l'utilité de la saignée dans LE TRAITEMENT *de cette affection.* »

Vous prononcez donc encore ici, Monsieur, sur le *degré d'utilité* de la saignée dans le *traitement* de la pneumonie; c'est-à-dire, suivant le langage reçu, sur le résultat de la maladie, d'après l'influence de cette méthode sur la marche des symptômes, tandis que lorsqu'un peu plus loin vous en êtes à l'examen du *tartre stibié*, vous suivez une voie directement opposée.

En effet, chez les seize malades auxquels ce médicament fut administré, l'affection dura, terme moyen, *trois jours de plus que celle des sujets qui ne furent pas soumis à cette médication.* Après avoir expliqué comment il se fait que cette *influence fâcheuse n'est qu'apparente*, vous dites, deux pages plus loin : « Ainsi, de vingt sujets (je crois qu'il n'en faut compter que dix-neuf), auxquels l'émétique fut donné dans des circonstances graves, trois seulement succombèrent; *ce qui ne peut laisser de doute, ce me semble, sur l'utilité de l'émétique à haute dose dans le traitement de la pneumonie.* »

Vous appréciez donc, dans ce cas, les bons effets de l'émétique par le résultat final, par le nombre de guérisons qu'il opère sur une quantité de malades donnée, et c'est bien en effet de cette façon qu'il faut agir pour déterminer la valeur des différens agens thérapeutiques.

Il est vrai, Monsieur, que dans le résumé de vos deux premiers chapitres, il n'est nullement question de la terminaison de la maladie, mais seulement de *l'influence de la saignée sur la marche de la pneumonie;* mais il ne suffit pas que vous établissiez négativement cette distinction, et l'on pourrait vous demander de l'exprimer positivement, avec d'autant plus de raison que plusieurs passages, dans le courant de votre brochure, sont très-propres à induire en erreur à cet égard. Au reste, vous vous exprimez si formellement sur ce point au commencement de votre chapitre III, qu'il n'est guères possible de douter que vous n'ayez volontairement confondu ce qui est de la marche et ce qui est de la terminaison de la maladie dont vous venez de parler.

« Ce qu'il nous importe surtout de connaître dans l'histoire des médicamens, dites-vous, ce n'est pas leur action immédiate sur notre économie, mais leur action thérapeutique, à proprement parler; ou leur influence sur *la marche et l'issue* de nos différentes affections. Aussi *est-ce le but que je me suis surtout efforcé d'atteindre*, dans les deux chapitres précédens, à l'égard des émissions sanguines et de l'émétique. »

Et plus loin vous ne parlez plus que de la *marche*, sans vous occuper de la *terminaison* : « Que fallait-il faire, ajoutez-vous, pour savoir si la saignée a une influence favorable sur *la marche* de la pneu-

monie, et connaître le degré de cette influence, etc.... » Le reste a pour objet la défense de la *méthode numérique.* »

J'aborde maintenant, Monsieur, le principal point de votre Mémoire. Quel est, selon vous, le résultat précis de vos recherches sur les effets de la saignée dans la pneumonie ? C'est, dites-vous à la page 31, *que la saignée n'a que peu d'influence sur la marche de cette maladie, et que son influence n'est pas plus marquée dans les cas où elle est copieuse et répétée, que dans ceux où elle est unique.*

Je ne crois pas que les faits rapportés dans vos Mémoires suffisent pour tirer une conclusion si générale, relativement aux effets des émissions sanguines dans la pneumonie.

La plupart de vos malades ont été saignés deux, trois et quatre fois au plus; trois seulement ont été saignés cinq fois et un seul sept fois; or, ces quatre cas ne permettent pas d'établir une règle aussi importante, et de juger des effets de la saignée *répétée* dans la pneumonie. Nous pouvons donc négliger ces quatre observations, et chercher ce qui ressort des autres, dont le nombre est assez considérable pour mériter considération.

Pour moi je n'y vois nullement que la méthode des émissions sanguines en général, et surtout des émissions sanguines répétées, ait peu d'influence sur la marche et l'issue de la pneumonie. Tout ce que l'on peut dire d'après vos relevés, c'est que le nombre de deux, trois ou quatre saignées dans une pneumonie ne produit pas des effets très-marqués sur la marche et les symptômes de cette maladie; mais pour ce qui est des effets d'un plus grand nombre d'émissions sanguines répétées à de courts intervalles, plusieurs fois même dans la journée, vos relevés ne permettent nullement d'en juger.

On pourrait donc vous reprocher d'avoir trop généralisé, d'avoir trop étendu le résultat de vos expériences dont les conséquences n'ont réellement qu'un portée plus restreinte. Je sais que vous avez poussé quelquefois, et sans avantage, la saignée jusqu'à la syncope; mais la manière d'agir d'une saignée copieuse n'est pas la même que celle de plusieurs saignées moins considérables répétées à de courts intervalles, et l'on ne peut pas conclure de l'une à l'autre.

Ainsi donc un médecin qui aurait saigné ses pneumoniques, six fois terme moyen, pourrait présenter des succès que vous n'avez pas obtenus, et contester, avec raison, la règle générale que vous tirez de vos observations. On ne peut pas dire en effet que la méthode des émissions sanguines soit toujours la même, de quelque manière qu'elle soit appliquée, et ce n'est nullement la même chose de saigner une pneumonique trois fois en huit jours, ou de la saigner une ou deux et même trois fois par jour dans les premiers temps de la maladie; ce sont deux modes de traitement fort différens l'un de l'autre, et le premier ne prouve rien ni pour ni contre le second.

Cette méthode des émissions sanguines répétées, je l'ai vu appliquer, Monsieur, pendant tout le cours de mon exercice comme chef de clinique à la Charité, par M. le professeur Bouillaud, et je vais vous montrer, par des faits que j'ai recueillis moi-même, combien les résultats en ont été différens de ceux que vous rapportez.

Il résulte des relevés que j'ai faits en 1832 et 1833, que 23 péripneumoniques ont été traités par cette méthode, et sur ce nombre un seul a péri. « Toutes ces péripneumonies, ainsi que je le disais dans l'article du *Journal hebdomadaire* où ces faits sont consignés (T. XI, N.° 135), ont été vigoureusement attaquées par des saignées copieuses et répétées, par de nombreuses applications de sangsues et quelques vésicatoires. »

Je cite ces faits avec d'autant plus de confiance, qu'ils ont tous été recueillis par moi, et que personne ne sera tenté de m'accuser de complaisance pour M. Bouillaud, qui d'ailleurs n'en avait pas besoin. Je n'ai jamais été très-partisan des émissions sanguines portées très-loin, et j'étais peu disposé alors à me laisser entraîner sans de bonnes raisons ; aussi j'ajoutai dans le même article : « Je dois avouer que l'énergie avec laquelle M. Bouillaud a traité ces maladies, m'a plus d'une fois ébranlé, et il n'a fallu rien moins que le succès éclatant qu'il a obtenu pour me rassurer et me convaincre. »

Je n'ignorais pas les avantages que l'on attribue généralement à l'emploi de la saignée dans le traitement de la pneumonie, mais la rapidité avec laquelle les émissions sanguines sont prescrites, le peu d'intervalle que M. Bouillaud met entre chacune d'elles, m'ont causé plus d'une fois de la surprise et de l'hésitation. Je ne veux pas, avec vous surtout, Monsieur, me contenter de ces énonciations un peu vagues de saignées copieuses et souvent répétées ; il est bon de mettre un peu plus de précision, afin de permettre de mieux apprécier cette méthode.

Dès le premier jour où il observe le malade, M. Bouillaud ne manque jamais, pour peu que la pneumonie offre une certaine étendue, de faire pratiquer une saignée de quatre ou cinq palettes le matin, une deuxième semblable dans la soirée, et de faire appliquer dans l'intervalle quinze ou vingt sangsues sur le côté malade ; souvent il remplace les sangsues par des ventouses, et chaque ventouse entre les mains de M. Lecoulteux, ne donne pas moins de deux à trois palettes de sang ; on peut dire que le malade est dans le sang toute la journée. Le lendemain, nouvelle saignée le matin, souvent une autre le soir, ou au moins une émission sanguine locale. Le troisième jour et les jours suivans, une saignée chaque matin, de manière que le nombre total s'élève ordinairement à quatre, cinq, six ou sept, accompagnées de soixante à quatre-vingts sangsues, et cela dans l'espace de six à huit jours.

Assurément, Monsieur, cette méthode est bien différente de la vôtre. J'ai eu raison de dire que ce traitement n'est nullement comparable à celui que vous employez; que l'on ne peut pas conclure de l'un à l'autre, et que, par conséquent, vous avez trop étendu et généralisé votre proposition, en disant d'une manière générale que la saignée n'a que peu d'influence sur la marche et la terminaison de la péripneumonie.

M. Bouillaud insiste d'autant plus sur les émissions sanguines dans le traitement de cette maladie, que non-seulement il obtient par ce moyen de nombreux succès, mais il pense encore que c'est la méthode la plus sûre pour prévenir le passage de la pneumonie aiguë à la pneumonie chronique; à laquelle il faut souvent attribuer, suivant lui, la production des tubercules.

On aurait tort, je le répète, de me croire trop fortement prévenu en faveur de la méthode antiphlogistique et des opinions de M. Bouillaud, sur ce point. Les personnes qui ont suivi la clinique de ce savant professeur pendant que je remplissais auprès de lui les fonctions de chef de clinique, savent bien que nous n'étions pas toujours d'accord; que, dans plus d'une occasion, je n'ai pas hésité à montrer ma résistance, et à défaut de témoins, j'invoquerai encore le *Journal hebdomadaire* où je n'ai pas craint d'exprimer, dans nos comptes-rendus, des opinions contraires à celles de M. Bouillaud.

Je reconnais même à présent que je n'ai pas toujours eu pour les opinions du professeur auquel j'étais attaché, toute la déférence que je leur devais; j'avais alors une très-fausse idée de ce qu'est réellement un chef de clinique; je m'exagérais sans doute l'importance de cette position, je me croyais au-dessus d'un interne qui ne doit pas manifester d'autres opinions que celles de son maître pour tout ce qui dépend du service; je croyais, au contraire, avoir le droit de discuter les opinions du professeur et de lui opposer les miennes; je l'ai fait en plus d'une occasion et je conçois fort bien maintenant que M. Bouillaud n'ait pas toujours été satisfait de cette indépendance, à laquelle ma position, à son égard, ne me permettait pas de prétendre.

Au reste, si M. Bouillaud a fait un usage plus hardi et plus constant de la saignée dans le traitement de la péripneumonie, s'il a appliqué cette méthode dans toute sa vigueur, s'il a obtenu par ce moyen des succès vraiment remarquables, d'autres médecins encore s'en servent d'une manière assez large, et s'en trouvent bien, et je sais que M. Hallé lui-même, auquel on ne reprochera pas de fanatisme médical, l'appliquait avec énergie dans les mêmes cas.

Avant de terminer cette lettre, déjà bien longue, j'ajouterai encore, Monsieur, quelques mots sur les rapprochemens curieux et spirituels que vous faites dans votre dernier chapitre sur les observations

telles qu'on les recueillait, non pas anciennement, mais il y a moins de vingt ans, et celles que l'on fait aujourd'hui d'après des méthodes plus perfectionnées; en ce point, je suis parfaitement de votre avis.

On est parfois tenté d'accuser de fatuité la jeune médecine actuelle, en voyant le peu de cas qu'elle fait de notions que lui ont transmises la longue suite de médecins, nos prédécesseurs. Quelle prétention de dater la science d'hier et de considérer, comme non avenus, tant de préceptes et de lois, et de reprendre, après tant de siècles, l'observation à son commencement?

Il suffirait pourtant, Monsieur, pour justifier cette prétention, de lire quelques-uns des passages que vous citez à la fin de votre brochure extraits des différens traités sur l'usage de la saignée, publiés depuis 1770 jusqu'à nous.

Je ne veux pas dire et vous ne pensez pas non plus que l'on ne doive tenir aucun compte de ce qui a été fait avant nous, et que tout ce qui date d'un demi ou d'un quart de siècle doive être considéré comme œuvres de ténèbres, de barbarie. De tout temps il y a eu des hommes doués du génie d'observation et ardens à rechercher la vérité; leurs travaux ont contribué à avancer la science de beaucoup, et méritent encore d'être consultés. Un fait bien observé est toujours utile, et il peut servir après des siècles à de nouveaux observateurs; mais il faut convenir que les bonnes méthodes d'observation sont une découverte toute récente. Les sciences et la médecine en particulier ont été pendant de longues périodes empreintes des idées philosophiques ou religieuses de chaque époque; elles n'avaient, pour ainsi dire, pas d'existence propre, elles n'étaient que le reflet des systèmes de métaphysique, à la suite desquels elles se traînaient. Leurs véritables progrès ne datent que du jour où elle se sont mises à observer les faits de la nature, indépendamment de toute idée systématique ou mystique. La médecine a marché moins rapidement dans cette voie que la chimie, la physique, la botanique et la zoologie; elle a plus de peine à secouer le joug d'une vieille autorité, à se créer de nouvelles méthodes, et à faire table rase pour recommencer l'observation d'une manière plus précise et plus complète. Il ne faut pas en accuser les lumières, le courage et la bonne volonté des médecins, mais ils ne sont pas maîtres du sujet de leurs observations comme ceux qui s'occupent de la nature inerte, ils ne peuvent pas faire naître les faits à plaisir pour les observer dans toutes les circonstances favorables. Aussi, les voit-on déjà s'impatienter de ne pas obtenir rapidement les résultats qu'ils espéraient de la méthode expérimentale et d'observation. Ils méconnaissent le bien qu'elle a déjà fait et l'accusent d'impuissance, parce qu'elle ne produit pas tous ses fruits à la fois. C'est ainsi que l'on attaque l'anatomie pathologique, parce qu'elle n'a pas tenu tout ce qu'elle promet-

tait, comme si cette science qui rapproche véritablement la médecine des sciences exactes, était épuisée, comme si on ne pouvait plus lui rien demander. Suffit-il donc d'avoir minutieusement décrit toutes les propriétés physiques des produits morbides, d'avoir constaté la consistance, la couleur, la densité, le poids, et ne faut-il pas pénétrer plus avant, analyser ces produits, séparer leurs principes immédiats, pour se rendre compte de leurs transformations et saisir les liens qui les unissent à la physiologie des organes ?

J'ai de tout temps été pénétré, Monsieur, de la nécessité de fonder une chimie pathologique ; je n'ai cessé de diriger mes vues et mes recherches dans ce sens et je me flatte d'être enfin parvenu, malgré la difficulté du sujet, à quelques résultats propres à éclairer plusieurs points de l'histoire des maladies. Pendant longtemps j'ai suivi cette route nouvelle au hasard ; mais je tiens maintenant un fil, qui, si je ne me trompe, ne m'égarera point. J'entrevois enfin le moment où je pourrai faire paraître un essai d'analyse des produits morbides.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre très-dévoué serviteur et confrère, Al. Donné.

Paris, mars 1835.

— Dans le compte-rendu des séances de l'Académie royale des sciences du mois précédent, nous avons mentionné un Mémoire lu par M. Népomucène Lemercier, et promis de revenir sur ce travail. Le mémoire de M. Lemercier est imprimé, et a pour titre : *Réflexions sur le danger des applications de la conjecturale doctrine orthophrénique*. De vives attaques sont dirigées, comme l'indique le titre, contre les applications de la doctrine de Gall, et en particulier contre l'*établissement orthophrénique* formé à Issy, par M. le docteur Voisin, l'un des directeurs du bel établissement d'aliénés, de Vanvres. L'étendue des matières nous a empêché de parler dans ce Numéro, et des réflexions de M. Lemercier et de la réponse digne que M. Voisin a faite à l'illustre auteur. Comme cette discussion touche à beaucoup de questions soulevées par la doctrine de Gall, nous croirons plus utile de joindre à l'examen que nous en ferons, celui du manifeste publié par la Société phrénologique de Paris, et des travaux de cette même Société.

—M. Roux, à qui était naturellement dévolu l'héritage de la première chaire clinique chirurgicale de la Faculté, a pris possession de l'Hôtel-Dieu, où il remplace Dupuytren, et a commencé son cours de clinique par un discours remarquable, qui a été vivement applaudi.

—M. Velpeau, qui est passé à la chaire de clinique chirurgicale de

la Charité, laisse vacante la chaire de l'hôpital de la Pitié. Si, comme tout le fait présumer, M. Cruveilhier passe à la chaire d'anatomie pathologique créée par Dupuytren, il y aura donc prochainement deux chaires au concours à la Faculté de Médecine de Paris, une chaire d'anatomie, et une chaire de clinique chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes VIII et IX. CIG-CON et COP-CYS. 1835. *Chez Béchet jeune.*

La publication de ce vaste et important ouvrage se poursuit avec une rapidité et un zèle toujours soutenus. C'est un mérite que nous nous plaisons à signaler d'autant plus volontiers, que la bonté du travail ne souffre nullement de son accélération. Les deux derniers volumes, livrés aux souscripteurs à trois mois d'intervalle, offrent dans leur contenu la preuve que les auteurs, tout en surmontant les obstacles qui ont entravé la publication des premiers volumes, tiennent en même temps tout ce que promettait leur brillant début. En face de tant de richesses est grand notre embarras pour en rendre compte, limités que nous sommes par le temps et l'espace. Nous nous voyons forcés, à notre grand regret, de nous borner à donner une légère idée des principaux articles, sans entrer dans l'examen détaillé que réclameraient à bon droit la plupart d'entre eux.

Nous avons déjà fait remarquer, dans une de nos précédentes analyses, qu'il ne fallait pas s'attendre, à trouver dans ce Dictionnaire un traité d'anatomie descriptive, et que les auteurs n'envisageant cette science que dans ses rapports immédiats avec la chirurgie et la médecine, n'ont donné place, dans leur livre, qu'à la description des

organes principaux. L'anatomie topographique a été, pour la même raison, traitée avec tout le soin nécessaire. Ainsi, l'on ne trouvera dans ces deux volumes ni la description des côtes, ni celle de la clavicule, tandis que l'on y lit plusieurs articles importans d'anatomie chirurgicale.

Béclard avait, dans la première édition, décrit le cou d'une manière générale, et, s'écartant du plan qu'il avait lui-même tracé dans le cours qu'il fit à la Faculté en 1822, il s'était contenté d'énumérer à part les vaisseaux, muscles, nerfs, etc. Ce n'était pas là de l'anatomie topographique. M. Laugier s'est chargé de compléter le travail de Béclard. Peut-être eût-il été préférable de le refaire en entier.

Les articles *coude*, par M. A. Bérard, et *cuisse*, par M. Velpeau, ne laissent rien à désirer.

M. Gerdy a traité de la *circulation*, et ce travail remarquable mérite une attention toute spéciale. Observant d'abord le sang à son passage des capillaires généraux dans les veines générales, il en étudie successivement le cours dans ces dernières, dans l'oreillette droite, le ventricule du même côté, l'artère pulmonaire, le cœur gauche, l'aorte et ses divisions, jusqu'à ce qu'il soit revenu au point d'où il était parti. M. Gerdy pense que le sang ne se fait pas dans le poumon, mais que l'hématose a lieu dans tous les organes, et c'est un des motifs qui l'ont déterminé à choisir les capillaires pour point de départ de la circulation. — En suivant ainsi le sang pas à pas dans son cours, M. Gerdy signale les obstacles qu'il rencontre, les causes qui surmontent ces obstacles, les différences de vitesse qu'offre la circulation dans les divers points du cercle —L'auteur, expose les expériences de M. Poiseuille, et paraît peu disposé à admettre l'exactitude de quelques-unes d'entre elles. Il eût été à désirer que M. Gerdy eût éclairci ses doutes à cet égard. Personne mieux que lui n'eût été à même de confirmer les belles et ingénieuses expériences de M. Poiseuille, ou d'en montrer les défauts. — Reprenant ensuite l'examen de la circulation générale, M. Gerdy apprécie la vitesse du cours du sang et la simultanéité de ses phénomènes. Enfin, l'auteur étudie la circulation spéciale des grandes divisions vasculaires. L'histoire de la circulation est une des parties les plus intéressantes de l'histoire de la médecine, et elle demandait à exposée avec quelques détails. M. Gerdy a en tracé un tableau qui intéresse vivement le lecteur. Le travail de ce savant professeur, terminé par la bibliographie dont il s'est chargé lui-même, dénote une connaissance approfondie de la matière dont il traite, et son étendue est justifiée par l'importance du sujet.

Nous signalerons encore, dans la partie physiologique de ces deux volumes, les considérations de M. P.-H. Bérard sur le cœur. Ce paragraphe, qui se lie à l'article de M. Gerdy, est conçu dans un excel-

lent esprit et exécuté avec cette méthode, ce talent d'analyse qui distinguent les travaux de M. Bérard. Après avoir étudié la systole et la diastole du cœur et le rhythme de ses battemens, l'auteur expose les diverses théories qui ont été émises sur les bruits du cœur et donne la préférence à celle qui, entrevue par M. Carswell, a été développée par M. Rouannet et est aujourd'hui généralement adoptée. M. Bérard termine son travail par l'étude du nombre des pulsations, de la force, de l'irritabilité, de la sensibilité et des principes des mouvemens du cœur.

Dans la partie pathologique des deux volumes que nous analysons, nous signalerons d'abord les quelques pages de M. P.-H. Bérard sur les maladies du tronc cœliaque. Les divers auteurs, en se copiant successivement, avaient accrédité l'opinion que les anévrysmes de l'artère cœliaque sont fréquens. M. Bérard démontre que cette assertion est erronée, et qu'on ne peut citer aucun fait bien constaté de dilatation du tronc cœliaque. L'aorte ventrale, à la naissance de l'artère cœliaque, et les divisions de ce vaisseau, sont assez souvent anévrysmatiques, et c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'erreur signalée par M. Bérard.

Les maladies du cœur, qui ont été dans ces derniers temps surtout, l'objet d'un grand nombre de travaux, réclamaient une attention toute spéciale de la part des auteurs du Dictionnaire. Aussi, l'article *Cœur* est-il à la fois l'un des plus étendus, des plus complets et des plus intéressans de ceux que nous analysons. Nous avons déjà mentionné les considérations physiologiques qui sont contenues dans cet article. Il nous reste à donner une idée de la partie médicale. — M. Bérard aîné a consacré un paragraphe aux *anomalies du cœur* qu'il divise en quatre classes : 1.° anomalies relatives au nombre ; 2.° anomalies de situation et de direction ; 3.° anomalies de conformation ne permettant pas le mélange du sang artériel avec le sang veineux ; 4° anomalies de conformation permettant le mélange des deux sangs. La quatrième, à laquelle se rattachent quelques points importans de physiologie pathologique et de pathologie, est exposée avec plus de détails que les trois premières. — Après avoir décrit les anomalies desquelles résultent le mélange des deux sangs, M. Bérard montre que ces lésions sont toujours congénitales ; il admet les idées de MM. Louis et Gendrin relativement à l'oblitération de l'artère pulmonaire comme cause de ces anomalies ; et montrant que la cyanose n'est pas la conséquence forcée de ce mélange des deux sangs, mais que ce signe a cependant une certaine valeur, il explique comment les symptômes ont pu, dans quelques cas, ne se manifester qu'à une époque déjà assez avancée de la vie.

C'est aux travaux réunis de MM. Chomel, P. H. Bérard, Littré et Ollivier, qu'est due la partie pathologique de cet article qui com-

prend tout ce qui concerne les maladies du cœur. Il offre ainsi réunies en un seul tableau les notions qui, dans la 1re édition faisaient la matière de plusieurs articles, et la lecture de ce travail intéressant démontre parfaitement tous les avantages de la méthode adoptée pour cette seconde édition. M. Littré a fait précéder l'étude des maladies du cœur en particulier, de réflexions fort judicieuses sur la pathologie générale de cet organe, et le médecin qui voudra parvenir à résoudre le problème souvent si obscur et si difficile qu'offrent les affections du cœur, ne devra pas perdre de vue les préceptes établis dans ce paragraphe relativement aux causes et aux signes des désordres du centre de la circulation. — Il nous est impossible, et nous le regrettons, de pouvoir suivre les auteurs dans le détail des paragraphes consacrés aux diverses lésions du cœur. Mais nous ne craignons pas de promettre au lecteur qui aura médité ces pages, des connaissances aussi claires et aussi précises qu'il est possible de les avoir dans l'état actuel de la science, sur ce point de pathologie.

La question des *combustions spontanées* n'a pas été depuis la publication de la première édition de ce Dictionnaire plus éclaircie qu'elle ne l'était à cette époque, et M. Breschet n'a pu qu'ajouter à son travail de la première édition, d'ailleurs fort intéressant, que quelques faits isolés et insuffisans pour tracer une histoire complète de cette singulière maladie.

L'article *Colique* est de MM. Chomel et Blache. La colique de *Madrid* et la colique *végétale* leur paraît de même nature; aussi citent-ils à propos de l'une et l'autre le même passage du mémoire de M. Ségong avec une légère variante (p. 376 et 406). C'est aux transitions subites et continuelles de chaud et de froid qu'ils attribuent cette maladie. Ils exposent en détail le traitement de la colique métallique. M. Chomel reste fidèle au traitement dit de la Charité, et ce n'est qu'avec défiance que ce praticien, aussi prudent que consommé, accepte les résultats obtenus par les traitemens plus simples que l'on veut substituer à celui qui a si constamment réussi à notre auteur.

M. Rochoux admet la *contagion* pour toute maladie dans laquelle le corps du sujet qui en est affecté, produit un principe susceptible de communiquer le même mal à un individu sain. Et divisant les maladies contagieuses en celles qui se transmettent par un germe et celles qui se transmettent sans germe ou dont le germe se détruit facilement (les affections typhoïdes), il expose avec beaucoup de sagacité les caractères propres à l'une et à l'autre de ces catégories. Et arrivant aux conséquences qui en découlent relativement à la prophylaxie, il établit que, si la séquestration est souvent nécessaire pour les maladies de la première catégorie, il n'en est pas de même pour celles de la seconde qui exigent au contraire la dispersion.

Nous attendons le complément de cet article au mot *Épidémie*. Nous

ne voyons pas bien clairement les différences qu'admet M. Rochoux entre les maladies contagieuses sans germe et les maladies épidémiques. Sous le rapport de la prophylaxie, ces maladies se rangent pour M. Rochoux, évidemment dans la même catégorie, et celui qui voyant M. Rochoux classer parmi les maladies contagieuses la peste, le typhus amaril, la dothinentérie, rangerait, sans autre examen, ce médecin parmi les contagionistes, aurait tort pour le fond et raison pour la forme.

L'article *Coqueluche* est dû à M. Blache. Ce jeune et judicieux écrivain, qui s'est déjà signalé par un travail important sur cette question, a tenu tout ce qu'on était en droit d'attendre de lui. Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans l'examen détaillé de cet article, et nous nous contenterons de demander à M. Rochoux, si les faits rapportés par M. Blache ne conduisent pas à ranger avec cet auteur la coqueluche parmi les maladies contagieuses.

L'article *Croup*, de M. Guersent, est sans contredit l'une des parties les plus remarquables des deux volumes que nous analysons. Observateur éclairé, profondément versé dans la pratique de son art, M. Guersent écrit d'après sa propre expérience, et toutes ses assertions portent le cachet de la vérité. Nous ne pouvons trop engager les jeunes médecins à méditer ce travail instructif dans lequel M. Guersent a reproduit les idées fondamentales de son article de la première édition du Dictionnaire, et ajouté les lumières nouvelles acquises par la science sur cette redoutable maladie.

Un paragraphe spécial a été consacré à l'opération de la trachéotomie dans le croup. L'auteur y fait connaître les résultats auxquels il a été conduit par une pratique plus étendue et plus heureuse que celle de ses confrères. Nous ne doutons pas que les préceptes judicieux, donnés par M. Trousseau relativement à cette opération délicate et minutieuse, ne contribuent puissamment à augmenter le nombre des succès.

Les articles de chirurgie sont nombreux dans ces deux volumes; quelques-uns traitent de questions fort importantes. MM. Cloquet, A. Bérard et Laugier se sont partagé le travail concernant les maladies de la clavicule et le traitement que ces lésions peuvent réclamer. Les deux premiers ont décrit les fractures; le dernier, les luxations et les affections qui peuvent exiger la résection ou même l'extirpation de cet os. L'histoire des fractures de la clavicule est exposée avec le soin et les détails convenables, et les nombreux appareils, inventés pour maintenir les fragmens, sont appréciés à leur juste valeur.

M. Laugier s'est acquitté, de son côté, de la tâche qui lui revenait, de manière à faire regretter le moins possible une division de travail au moins inutile, et contre laquelle nous nous sommes déjà plusieurs fois élevés.

Les maladies de la *cornée* sont aussi nombreuses qu'importantes à bien connaître. M. Velpeau leur a consacré un article fort remarquable. M. Velpeau, fort de ses propres observations, a semé son travail de remarques neuves et intéressantes, et tracé un tableau très-complet de ces maladies.

Nous regrettons de ne pouvoir que signaler à l'attention des lecteurs les articles *cou*, par M. Laugier; *coude*, par MM. Cloquet et A. Bérard; *cuisse*, par les mêmes auteurs, et *crâne*, par M. A. Bérard. Une analyse détaillée de ces divers articles nous entraînerait trop loin, et la science n'a pas fait à l'égard des divers points de chirurgie qui y sont traités des progrès tels qu'ils exigeassent un travail bien neuf; les auteurs ont dû s'attacher à donner un exposé exact et complet des maladies et des opérations dont ils avaient à traiter, et nous sommes certains que l'attente du lecteur sera pleinement justifiée à cet égard.

L'art des accouchemens compte deux articles principaux dans ces deux volumes; ce sont les articles *couches* et *crochets*. Tous deux sont dus à Desormeaux; les auteurs de l'édition actuelle ont pensé, avec raison, qu'il n'y avait rien à changer au travail de ce savant professeur.

Fidèles à leur plan, les auteurs du Dictionnaire continuent à donner à la thérapeutique une attention toute spéciale. C'est à M. Cazenave, dont nous avons déjà eu occasion de signaler le travail consciencieux et éclairé, que nous devons les articles *ciguë*, *copahu*, *cuivre*, *cyanogène* et *croton-tiglium*. Formé à l'école d'un des médecins des hôpitaux qui manie avec le plus d'habileté la matière médicale, de M. Biett, M. Cazenave, riche d'ailleurs de ses propres observations, a su parfaitement apprécier les effets thérapeutiques de ces divers médicamens.

Dans l'article *contre-poison*, M. Orfila se livre à quelques considérations générales sur la nature et l'utilité des contre-poisons, et sur la manière dont ils doivent être administrés. C'est à l'article *empoisonnemens*, que se trouveront les détails qui concernent chacun des contre-poisons. C'est à ce célèbre professeur que nous devons aussi les parties chimiques des articles *cuivre* et *cyanogène* Nommer l'auteur de ces articles, c'est en faire suffisamment connaître tout le mérite.

Les articles de botanique de M. Richard, et ceux de pharmacie de M. Soubeiran, se recommandent toujours par les mêmes qualités.

Cette rapide revue des deux derniers volumes du *Dictionnaire de Médecine* est sans doute bien insuffisante pour en faire connaître le contenu; nous croyons en avoir dit assez cependant pour justifier les éloges que nous adressions au commencement de cette publication, et expliquer la faveur avec laquelle cet ouvrage est accueilli.

MONOD.

Examen de l'Examen de M. Broussais, relativement à la phthisie et à l'affection typhoïde ; par E. Ch. F. Louis, *etc. Paris*, 1834. *In*-8.°

Les trois premiers volumes de l'*Examen* de M. Broussais avaient paru depuis bien longtemps, et la mission de cet ouvrage était tout à fait accomplie, lorsque le quatrième volume a été livré au public médical. Ce volume avait pour objet spécial de juger la médecine contemporaine. Ce devait être une chose piquante que de voir le physiologisme, couvert de blessures qui ne doivent point se fermer, aux prises avec les idées et les hommes qui ont travaillé à sa ruine. Nous ne disons, du reste, rien maintenant de ce quatrième volume, que nous examinerons plus amplement dans un article spécial. Parmi les auteurs de notre époque que M. Broussais a attaqués, il en est peu sur lequel il était dirigé plus de traits que sur M. Louis. Malheureusement pour l'agresseur, ce médecin profondément versé dans l'observation, pouvait mieux que tout autre faire ressortir les inconséquences de son adversaire. M. Broussais, dans son *Examen*, s'est livré à des personnalités contre M. Louis ; le style de la réplique de ce dernier s'en est ressenti quelquefois. Il était difficile, en effet, de conserver son sangfroid devant des accusations qui dépassent toutes les bornes d'une discussion scientifique.

Parmi les titres de M. Louis, se placent en première ligne les ouvrages qu'il a modestement dénommés *Recherches* sur la phthisie et sur l'affection typhoïde. Ces ouvrages ont attiré toute la réprobation de M. Broussais, qui s'est efforcé, dans son quatrième volume, de réfuter toutes les conclusions auxquelles M. Louis est arrivé par l'étude rigoureuse des faits qui y sont consignés. C'est à cette tentative de réfutation que M. Louis a répliqué dans la brochure dont on vient de lire le titre. L'analyse d'un tel ouvrage est presque impossible à faire. Chaque page présente une discussion complète sur un point de la science ; et si nous voulions suivre l'argumentation de M. Louis, nous serions obligés de reproduire toute sa brochure. Nos lecteurs y gagneraient certainement beaucoup ; mais nous devons nous borner, quoique à regret, à citer quelques-uns des passages les plus importans de cet opuscule remarquable, afin qu'on puisse se faire une idée de l'esprit qui y règne, et apprécier l'incroyable faiblesse des attaques de M. Broussais.

La discussion commence par la phthisie ; il s'agit d'abord de l'anatomie pathologique. M. Broussais reproche à M. Louis, comme une contradiction, d'avoir avancé que la matière grise, tuberculeuse, amassée dans le tissu des poumons, même à leur partie supérieure, peut être le produit de l'inflammation chronique. M. Louis a dit tout le contraire ; voici ses propres expressions : « Il est des cas où une partie de la matière grise du lobe supérieur des poumons paraît être

le produit d'une inflammation chronique ; alors, il est vrai, on ne lui trouve plus l'aspect grenu qui forme le caractère anatomique de la pneumonie au deuxième ou au troisième degré : mais elle a un coup-d'œil louche qu'on ne peut attribuer aux granulations miliaires qui n'existent pas ; elle est traversée par des cloisons celluleuses blanches et épaisses, aussi distinctes que dans la pneumonie ; elle est plus compacte que la matière grise ordinaire ; et ces caractères, quand ils sont bien prononcés, nous paraissent suffire pour *distinguer* ces deux espèces de lésions. » — M. Louis n'ayant rencontré les ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère, *dans le cours des affections chroniques*, que chez les phthisiques les considère comme propres, dans les maladies chroniques, à la phthisie. M. Broussais trouve cette proposition si extraordinaire qu'il conseille de la lire pour que l'on croie qu'elle ait pu être émise ; toutefois il ne la combat point par des faits contradictoires. Voici la réponse de M. Louis : « Cette proposition est, à la vérité, dans une complète opposition avec ce que dit Laennec (T. 1, p. 267, 2e article), « Que, bien que les ulcérations de la trachée se rencontrent quelquefois chez les phthisiques, il est plus commun de les voir se développer chez des sujets dont les poumons sont tout-à-fait sains. » Mais ici Laennec a commis une erreur on ne saurait plus grande, et qu'on s'explique à peine en admettant qu'il aura conclu d'après de simples souvenirs ; et son exemple est une nouvelle preuve de la nécessité de ne jamais énoncer une proposition générale que d'après des faits exacts, *consignés dans des notes, comptés et analysés avec soin.* J'ajouterai que je n'ai pas trouvé, depuis plus de huit années, une exception à la loi établie dans mes recherches sur la phthisie, que je n'ai pas observé un seul cas d'ulcération du larynx, de l'épiglotte et de la trachée-artère, dans le cours des maladies chroniques, si ce n'est chez les tuberculeux ; que je ne connais aucun médecin exact qui, dans le même espace de temps, ait observé le contraire, de manière que la vérité de la loi en question ne saurait souffrir le moindre doute..... ; loi dont ne pouvaient se douter ceux qui n'ont pas pour règle, dans leurs autopsies, d'examiner tous les organes, quels que soient d'ailleurs les symptômes observés pendant la vie. » — A peine avons-nous tourné le feuillet et nous trouvons le passage suivant qui mérite d'être extrait en entier : « Mettant toujours son imagination à la place des faits, M. Broussais avance que l'hypertrophie du cœur peut être une cause de tubercules, et que ce viscère hypertrophié peut s'amoindrir ensuite avec les autres organes. M. Broussais dit l'avoir observé : ce qui suppose qu'il a des moyens très rigoureux, très-précis, d'estimer les divers degrés d'hypertrophie du cœur ; moyens qu'il devrait bien nous faire connaître ; et aussi qu'il a vu ce que bien peu de médecins ont observé ; car combien peuvent dire avoir vu l'hypertrophie

du cœur disparaître ? Mais les faits que j'ai constatés ne laissent aucun doute sur l'erreur de M. Broussais ; je veux parler de quarante-quatre cas de maladies du cœur que j'ai recueillis, et qui étaient autant d'exemples d'hypertrophie de cet organe, avec dilatation d'une ou de plusieurs de ses cavités, ordinairement de plusieurs ; et dans vingt-neuf d'entr'eux des cavités droites. Eh bien ! parmi les quarante-quatre sujets en question, trois seulement avaient des tubercules dans les poumons ; proportion très-minime, et inférieure à celle qu'on observe chez des individus du même âge, et qui ont succombé à une maladie quelconque. De plus, sur six des sujets dont il s'agit, et qui étaient des exemples de dilatation avec hypertrophie du ventricule droit, l'artère pulmonaire et toutes ses divisions, étaient hypertrophiées et dilatées dans toute leur étendue, et il n'y avait de tubercules chez aucun d'eux. Evidemment, l'hypertrophie des cavités droites ne saurait être considerée comme une cause de tubercules. » Que répondre à de pareils argumens, et pourquoi s'y exposer ? — Cependant ce qu'on vient de lire est peu de chose auprès de ce qui suit : « M. Louis veut aussi, dit M. Broussais, qu'il y ait deux espèces d'ulcération ; celle qui se forme comme à l'ordinaire par la fonte de la membrane ou des follicules, et celle *inventée* par Laennec, qui provient de la fonte des tubercules développés sous la muqueuse...... Cependant affirmer que les ulcérations des intestins grêles n'appartiennent qu'à la phthisie tuberculeuse ou aux fièvres graves, et les soustraire aux entérites chroniques, c'est afficher un degré de soumission que la toute puissance de Laennec, encore vivant à cette époque, peut seule nous expliquer. » Telle est l'argumentation de M. Broussais. Nous avons vu tout-à-l'heure, que loin de suivre servilement les doctrines de Laennec, M. Louis se trouvait parfois en contradiction avec lui ; mais, non-seulement Laennec n'a pas eu d'opinion sur ce point, il ne pouvait même pas en avoir. En effet, il n'étudiait le plus souvent que fort imparfaitement le tube digestif ; il lui aurait fallu en outre l'étudier *indistinctement sur tous les sujets*, et analyser tous les cas dans lesquels cet organe aurait été examiné d'une manière exacte, ce dont personne ne s'était donné la peine jusqu'ici, dans une longue série de faits de tout genre. — Voici qui est bien plus accablant encore : « M. Louis, dit M. Broussais, affirme n'avoir jamais rencontré de tubercules mésentériques que chez les phthisiques. Nous affirmons, nous, que nous en avons rencontré *souvent* dans les entérites chroniques indépendantes de toute affection tuberculeuse des poumons, non-seulement chez les enfans, chose très-commune, mais même chez les adultes. Deux fois ce cas a été observé au Val-de-Grâce dans le mois de décembre de l'hiver de 1831, etc. » Ecoutons maintenant M. Louis, rétablissant l'exactitude des faits : « Deux de mes amis, M. A. Bizot et M. Théodore

Maunoir, de Genève, assistaient, depuis quelque temps à la visite de M. Broussais, en 1831, quand, vers la fin de l'année, au mois de décembre, ce médecin fit l'ouverture d'un homme emporté par la phthisie. L'autopsie fut commencée par l'abdomen, où l'on trouva effectivement des tubercules dans le mésentère; et aussitôt M. Broussais de s'écrier : Vous voyez bien, Messieurs, qu'il peut y avoir des tubercules dans les glandes mésentériques sans qu'il y en ait dans les poumons. Après quoi M. Broussais sortit, sans avoir examiné ces viscères. Mais MM. Bizot et Maunoir ne s'en tinrent pas là : ils prièrent la personne chargée de l'autopsie d'ouvrir les poumons; et ceux-ci contenaient à la fois des tubercules et des excavations tuberculeuses! Ce fait est bien grave assurément, poursuit M. Louis : non qu'il témoigne de la mauvaise foi de M. Broussais; car si M. Broussais eût voulu tromper, il n'aurait pas indiqué avec une précision capable de la faire reconnaître, l'époque à laquelle l'autopsie dont il s'agit a été pratiquée; mais il révèle la puissante préoccupation de ce médecin qui *croit* avoir observé alors qu'il n'a pas même cherché à le faire. Il montre aussi que M. Broussais examine ses malades et leurs cadavres bien superficiellement et sans méthode; sans quoi il n'aurait pas manqué de reconnaître, pendant la vie du sujet qui nous occupe, qu'il était atteint de phthisie, et, après sa mort, que ses poumons contenaient des tubercules, etc. »

La deuxième partie du chapitre qui a trait à la phthisie, a pour titre : *des Symptômes*. La discussion n'y est pas moins animée que dans la première partie. Forcés de nous limiter, nous omettons les citations curieuses que nous pourrions extraire de cette partie, et nous nous hâtons de passer au deuxième chapitre de la brochure de M. Louis qui mérite toute notre attention par l'importance du sujet qui y est traité.

Pour quiconque connaît les recherches de M. Louis sur l'affection typhoïde, et sait le rôle que M. Broussais fait jouer en pathologie à la gastro-entérite, il n'est pas étonnant que ce dernier ait fait tous les efforts dont il était capable pour détruire les résultats auxquels le premier est arrivé. M. Broussais qui, comme on le sait, a voulu rattacher les symptômes les plus formidables à des lésions légères et souvent contestables, s'écrie à l'occasion de l'ouvrage en question de M. Louis : « On continue à vouloir subordonner l'idée de maladie à celle d'altération de texture des organes, et à ne voir dans les symptômes que la révélation de ces désorganisations. » Cependant, on lit dans cet ouvrage, « qu'il y a dans les maladies autre chose que ce qu'on voit; que leurs causes, quelles qu'elles soient, ont sans doute une certaine part à la mortalité et aux lésions secondaires, etc. » (Tome 2, p. 457.) — Une question de la plus haute importance, est celle qui est relative au caractère anatomique de l'affection typhoïde : « M. Louis rapporte, dit M. Broussais, un certain nombre d'observa-

tions de gastro-entérites terminées par la nécropsie. Il les interprète à sa manière, et il en résulte, selon lui, que les plaques elliptiques qu'il a trouvées plus ou moins tuméfiées, rouges, ulcérées, ramollies, etc., ont eu l'initiative. Cette assertion est gratuite, etc. » On s'attend, d'après cela, à voir M. Broussais suivre M. Louis dans son interprétation des faits, pour en faire ressortir ce qu'elle lui semble avoir d'arbitraire; mais il n'en est rien, et il continue : « M. Louis veut-il prouver que les plaques forment le seul caractère anatomique de l'entité typhoïde, il dit que, bien que communes à une foule de maladies aiguës et chroniques, elles sont plus fréquentes dans le typhus; et sa conclusion est qu'elles en forment le caractère anatomique essentiel. » Mais M. Louis n'a jamais tenu un pareil langage; il a dit tout le contraire. Après avoir comparé les lésions de l'intestin grêle chez les individus emportés par l'affection typhoïde et chez ceux qui ont succombé à d'autres maladies aiguës, il dit : « *Hors l'altération des plaques elliptiques*, toutes les lésions de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, observées dans l'affection typhoïde, existaient chez les individus qui avaient succombé à des maladies aiguës très-différentes; ces lésions n'avaient donc rien de caractéristique. Mais les plaques elliptiques de Peyer n'ayant offert d'altération que chez les sujets morts de l'affection qui fait l'objet spécial de ces recherches, cette altération ayant été constante, etc., etc., il faut non-seulement la considérer comme propre à l'affection typhoïde, mais comme en formant le caractère anatomique. (T. I.er, p. 222, 223). » La preuve que l'altération spéciale des plaques de Peyer est réellement le caractère anatomique d'une affection particulière, distincte de l'entérite proprement dite, c'est que « 1.° quand cette entérite vient à se développer dans le cours d'une maladie aiguë non typhoïde, dont le siège primitif n'a pas été le canal intestinal, etc., etc., on ne rencontre pas l'altération indiquée des plaques de Peyer, alors même que la diarrhée a été violente, et quel que soit le degré de la lésion de la muqueuse intestinale, etc.; 2.° quelle que soit l'affection à laquelle un sujet âgé de cinquante ans et au-delà succombe, jamais les plaques de Peyer ne présentent la lésion décrite, alors même que les membranes muqueuses de l'intestin grêle et du colon offrent tous les caractères d'une violente inflammation; c'est-à-dire, que l'altération des plaques de Peyer exige pour se développer, à l'inverse des autres lésions, des circonstances très-spéciales.... Et comment dès-lors ne pas faire de ces plaques altérées, le caractère anatomique d'une affection distincte de toutes celles du cadre nosologique ?.......
Un autre fait qu'il importe de rappeler, et qui prouve l'indépendance où se trouve l'altération des plaques de Peyer de celle de la membrane muqueuse environnante, c'est que celle-ci est quelquefois parfaitement saine autour des plaques profondément altérées. »

— Après la détermination du caractère anatomique de l'affection typhoïde, vient assez naturellement la symptômatologie de cette maladie. M. Broussais ne veut voir dans l'affection typhoïde et dans l'entérite qu'une seule et même maladie, à des degrés divers d'intensité. Il n'était pas difficile à M. Louis de réfuter les objections de M. Broussais, qui reposent souvent sur des citations inexactes. Nous passons sous silence cette discussion intéressante, pour arriver au tableau qui la couronne. Ce tableau est l'analyse pure et simple de dix-sept cas d'affection typhoïde, et de 23 cas d'entérite terminés par le retour à la santé, recueillis dans le cours des conférences cliniques de M. Louis. Comme on le voit, M. Louis a recours à sa méthode favorite d'argumenter, pour établir le diagnostic différentiel de l'affection typhoïde et de l'entérite, et pour faire voir à M. Broussais que ces deux maladies sont très-différentes l'une de l'autre ; M. Broussais, chef d'école, lance des assertions ; M. Louis, simple observateur, présente des faits. Après avoir donné le tableau en question, M. Louis le résume de la manière suivante : « Certes, les deux ordres de malades dont je viens d'analyser l'histoire n'ont pas été atteints de la même affection ; car, pour ne parler que des symptômes, la différence *consiste bien moins dans leur intensité que dans leur nombre, qui est considérable chez les uns, et très-borné chez les autres.* Les symptômes communs aux deux ordres de malades n'étaient pas même tous plus énergiques dans l'un et plus faibles dans l'autre. Ainsi, la diarrhée, les douleurs de ventre, les sueurs étaient à-la-fois plus constantes et existaient à un plus haut degré dans l'entérite que dans l'affection typhoïde ; le mouvement fébrile était, au contraire, plus considérable dans cette dernière maladie, à laquelle se rattachaient exclusivement ou presque exclusivement les autres symptômes. En effet, sur 23 sujets atteints d'entérite, 5 seulement étaient sans appétit lors de leur arrivée à l'hôpital ; un autre eut un léger météorisme, un deuxième de la céphalalgie, un troisième un délire intermittent ; un quatrième se mit au lit avant de venir à l'hôpital, un dernier eut quelques sudaminas. Aucun n'eut de somnolence, de prostration, d'éblouissemens, de spasmes, de bourdonnemens d'oreilles, de trouble de la vue, d'épistaxis, de taches roses lenticulaires, de gonflement de la rate ; symptômes dont les uns furent très-fréquens chez les malades atteints d'affection typhoïde, les autres constamment observés quand ces malades arrivaient à l'hôpital à une époque qui n'était pas trop éloignée du début de l'affection.... Mais, à part les symptômes, combien de différences encore entre les deux séries des sujets dont l'histoire vient d'être analysée, sous le rapport de la durée, de la mortalité, de l'âge et du traitement ! Sous le rapport de la durée, celle de l'affection typhoïde fut, terme moyen, de 25 à 30 jours, de manière que la convalescence

n'eut lieu que de 12 à 18 jours après l'admission des malades à l'hôpital; tandis que dans les cas d'entérite, elle avait lieu quatre jours après la même époque, terme moyen. Quant à la mortalité, elle fut nulle dans l'entérite, d'un cinquième dans l'affection typhoïde. L'âge moyen des sujets atteints de cette dernière maladie, était de 22 ans et demi; celui des individus atteints d'entérite, de 36 ans. Le repos, les délayans, les opiacés, sans émissions sanguines, furent suivis d'un prompt succès dans l'entérite; et, dans l'affection typhoïde, les délayans et les saignées ne furent suivis de la convalescence, qu'après un espace de temps considérable. » — Une dernière citation ne laissera plus de doutes sur la manière dont M. Broussais argumente: « M. Louis, dit-il, qui veut des plaques à quelque prix que ce soit, pour justifier l'entité typhus, se trouve dans une anxiété déplorable toutes les fois qu'une gastro-entérite, capable de réagir sur le cerveau, vient compliquer une autre phlegmasie, et réussit à exterminer le malade déjà débilité, sans avoir eu le temps de faire gonfler et désorganiser les follicules. Tels sont les cas cités par lui, où la gastro-encéphalite est venue tuer en peu d'heures des érysipélateux. » « Le lecteur, répond M. Louis, s'imagine peut-être, malgré les erreurs continuelles de M. Broussais dans ses citations, que les individus auxquels il fait allusion, ont succombé à des maladies dont la marche a été extrêmement rapide et compliquée d'inflammation du cerveau et de la membrane muqueuse de l'estomac: et l'affection des deux sujets dont il s'agit, n'est devenu mortel qu'après onze jours dans un cas, et cinquante dans l'autre; de manière que le temps n'a pas manqué, même à partir des symptômes que M. Broussais attribue sans doute à l'inflammation du canal intestinal, pour désorganiser les follicules, à supposer qu'ils eussent pû l'être en pareille circonstance. Le début de ces symptômes remontait en effet à six ou vingt jours, au moment de la mort. Au moins, dira-t-on, les cadavres offraient des traces manifestes de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac: nullement, de telle manière que cette membrane était parfaitement saine sous le rapport de la consistance, de la couleur et de l'épaisseur, dans un cas; qu'elle était seulement un peu ramollie, sans épaississement, ni rougeur dans l'autre. Mais l'encéphale? L'encéphale, lui-même, n'offrait aucune trace évidente d'inflammation récente ou ancienne. On trouva seulement chez un des sujets un peu de sérosité rougeâtre sous l'arachnoïde, et le cervelet très-mou; mollesse partagée par le cœur, le foie et la rate, qu'on ne pouvait croire inflammatoire. Chez l'autre, la pie-mère était un peu rouge, et la substance médullaire piquetée d'un sang noir, épais, lésions qui n'ont, en aucune manière, le caractère de l'inflammation, et qu'on rencontre à la suite des genres de mort les plus variés. »

Ce qu'on vient de lire suffira sans doute pour donner une idée de

la discussion qui s'est élevée entre MM. Broussais et Louis, et pour faire apprécier les principes différens de ces deux médecins sous le rapport de la philosophie médicale. Nous n'avons pas dû insister davantage sur ce sujet, parce que nous aurons probablement l'occasion d'examiner plus directement la question, soit lorsque nous analyserons le quatrième volume de l'*Examen*, soit quand nous rendrons compte d'un nouvel écrit de M. Louis. Si, du reste, sans revenir sur le fonds du débat que nous avons fait connaître, et qui certainement servira la science, nous recherchons quelles sont les impressions qui en devront naître, nous avouerons qu'elles sont toutes défavorables à M. Broussais. Qu'est devenu cet homme si puissant, qui faisait trembler tout Israël ! La position dans laquelle M. Broussais s'est placé vis-à-vis de M. Louis, inspire, à ceux qui ont pu jadis admirer son talent, un vrai sentiment de confusion. M. Broussais, en attaquant M. Louis, semble n'avoir pas lu les ouvrages qu'il critique, ou du moins ne les avoir pas compris, tant sont inexactes les citations qu'il en fait. M. Broussais cherche à réfuter M. Louis par des assertions qui ne sont appuyées le plus souvent sur aucune preuve. S'il oppose parfois des faits aux opinions de M. Louis, ces faits ont été observés d'une manière tout-à-fait incomplète, et avec une légèreté inconcevable; enfin s'il s'appuie sur quelques auteurs, les textes cités par lui sont rapportés infidèlement ou mal interprétés. On comprend maintenant comment, avec son talent remarquable de polémique, M. Broussais a pu jadis triompher si facilement de rivaux qui se débattaient sur le même terrain que lui, et avec des armes semblables. On conçoit aussi sa faiblesse en présence de faits rigoureux. Jusque-là ces vices de l'argumentation de M. Broussais ne font tort qu'à son esprit qui ne lui a pas permis de distinguer le vrai, et de voir la différence des époques et des hommes. Mais ce qui passe toutes les bornes de la polémique la plus vive, ce sont les inculpations graves qu'il adresse à son adversaire, c'est la couleur flétrissante qu'il essaie de donner aux intentions de celui qui a combattu ses doctrines. Suivant lui, *M. Louis n'a eu pour but constant et fondamental de son ouvrage que de se mettre en opposition avec lui et de flatter les personnages influens de son parti.* Une telle injure adressée à un homme dont la noblesse et l'indépendance de caractère sont généralement reconnues, qui porte même, si l'on peut dire, ces qualités jusqu'au rigorisme, une telle injure ne fait tort qu'à son auteur.

« Assurément, dit M. Louis, la critique peut être utile, mais à cette condition, de la part de celui qui l'exerce, de connaître la matière, de citer exactement, de discuter et non simplement d'affirmer. » Il aurait pu ajouter : avec la condition de ne pas incriminer des intentions supposées à son adversaire.

Des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière ; par Jean Abercrombie, *D. M., etc. Ouvrage traduit de l'anglais et augmenté de notes très-nombreuses ; par* A. N. Gendrin, *D. M., etc. 2.e édition, revue et augmentée d'additions adressées par l'auteur, et de nouvelles notes par le traducteur. Paris*, 1835, *in-8°, chez J. B. Baillère.*

Nous avons analysé avec quelqu'étendue la première édition de cette traduction, que la deuxième a suivie de bien près (V. *Archives générales*, 1833, t. 2, 2.e série, p. 449). Ce que nous avons dit alors du fonds de cette ouvrage ne pourrait qu'être reproduit. Le titre que nous avons cité en entier indiquera suffisamment les améliorations de détail que cette deuxième édition présente, par les travaux combinés de l'auteur anglais et de son savant et judicieux traducteur.

Traité complet de pharmacie théorique et pratique ; contenant les élémes, l'analyse et les formules de tous les médicamens, leurs préparations chimiques et pharmaceutiques, etc. ; par J. J. Virey, *membre titulaire de l'Académie royale de Médecine, et du Conseil supérieur de santé, etc., etc., 4.e édition, augmenté de toutes les découvertes les plus modernes. Paris*, 1833, 2 *vol. in-8° ; chez Ferra, et J. Rouvier et Le Bouvier.*

Cet ouvrage, qui se recommande de lui-même et par le nombre de ses éditions, et par le nom de son auteur, l'un des plus distingués dans la science et la littérature, est peu susceptible d'analyse. Il nous suffira d'indiquer ici que, par l'exposé complet que M. Virey a fait de toutes les connaissances et de toutes les opérations dont se compose la pharmacologie, par la critique éclairée qu'il y a mise, cet ouvrage est un de ceux qui sont le plus utiles au médecin et au pharmacien.

Cours de chimie élémentaire ; par A. Bouchardat, *D.-M., agrégé de la Soc. de Méd. de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Paris*, 1835, *in-8.° Chez Germer-Baillère.*

Ce volume ne contient que la chimie des corps inorganiques, et sera suivi d'une deuxième partie consacrée à la chimie organique. Ce livre, dans son extrême brièveté, nous a semblé rédigé avec science et écrit avec clarté. Ces qualités sont les principales ou plutôt les seules que l'on puisse exiger de l'auteur d'un ouvrage élémentaire. Nous ne croyons pas devoir entrer dans de plus longs détails sur un sujet qui n'appartient pas aux matières traitées habituellement dans notre recueil.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1835.

Observations de ligature des artères axillaire, cubitale et tibiale postérieure, avec quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques et leur traitement; par M. BÉRARD *aîné, professeur de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Plusieurs faits relatifs à des blessures d'artères ont été rassemblés dans le cinquième N.° de la *Gazette médicale*, pour l'année 1834. Sur le rapprochement de ces faits et leur comparaison, le rédacteur de la partie chirurgicale du Journal établit quelques corollaires parmi lesquels j'ai remarqué le suivant : « Toutes les fois que la ligature à la méthode d'Anel a été appliquée immédiatement après l'accident, elle a réussi de la manière la plus complète. Artères radiale ou humérale, fémorale ou tibiale, le résultat a été le même. Au contraire, quand la ligature a été placée long-temps après l'accident, le retour de l'hémorrhagie par le bout inférieur a été un fait presque constant. »

C'est avec cette chance défavorable, c'est-à-dire en opérant assez long-temps après l'accident, que j'ai deux fois employé la méthode d'Anel, dans le courant de l'année dernière, et cependant le succès a été complet. J'ai, d'une autre part, été obligé de recourir à la ligature des deux

bouts du vaisseau, dans un cas où la plaie était récente, et j'ai quelque raison de croire que la méthode d'Anel n'eût pas mis le blessé à l'abri des hémorrhagies par le bout inférieur.

Voici l'exposé succinct de ces trois observations qui me fourniront quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques : sujet étudié avec tant de persévérance et de succès, depuis une vingtaine d'années, qu'il reste à peine quelque chose à glaner pour ceux qui voudraient le traiter aujourd'hui.

Obs. Ire.—*Ligature de l'artère axillaire* (1). —Dans la nuit du 14 au 15 avril 1834, un voltigeur au huitième régiment de ligne fut blessé d'un coup de feu au membre supérieur gauche, au moment où il s'efforçait avec quelques camarades de défendre un poste peu éloigné de l'hôpital St.-Antoine. On comprendra facilement le trajet parcouru par la balle, si on veut se représenter la position du bras gauche pendant le temps de l'exercice où l'on arme le fusil. C'est dans cette situation que ce militaire avait été blessé. La balle avait fracturé le radius au-dessous de son extrémité supérieure, et passant au-devant de l'articulation huméro-cubitale, sans cesser cependant d'être contenue dans l'épaisseur du membre, elle avait labouré la partie interne et inférieure du bras, dans le trajet de l'artère humérale, et s'était arrêtée sous les tégumens qu'elle soulevait, au-dessous de la partie moyenne du membre. Lorsque le blessé arriva à l'hôpital Saint-Antoine, mon frère, qui lui donna les premiers soins, hésita un instant sur le parti qu'il convenait de prendre à son égard. Le désordre était considérable, et l'amputation pouvait être nécessaire. En considérant, cependant, que l'articulation du coude paraissait intacte, mon frère essaya de conserver le membre. Il

(1) Un élève de mon service, M. Villemur, a recueilli les détails sur lesquels j'ai rédigé cette observation.

se disposa, en conséquence, à extraire la balle et les corps étrangers qu'elle pouvait avoir entraînés avec elle. Les tégumens furent incisés parallèlement à l'axe du membre, dans l'étendue de deux pouces ; la balle fut saisie et retirée avec facilité. Il en fut de même d'une portion d'os qu'elle avait poussée devant elle. La balle était applatie et réduite au tiers de son volume. La portion d'os extraite parut avoir appartenu au radius. On remarqua alors, en explorant la plaie avec le doigt, que l'artère brachiale avait été dénudée et comme disséquée par la balle. Le bras fut entouré d'un cataplasme émollient ; le malade fut saigné et mis à la diète.

Je passe sous silence les détails du traitement employé jusqu'au 29 avril. A cette époque, tout faisait espérer une heureuse terminaison lorsqu'il survint une hémorrhagie abondante. L'élève de garde s'en rendit maître par la compression qu'il exerça au moyen d'une bande roulée sur toute l'étendue du membre. Le lendemain l'hémorrhagie n'avait pas reparu ; je recommandai de laisser l'appareil en place, et de maintenir le membre immobile. Les choses restèrent en cet état jusqu'au 2 mai. Rassuré alors sur l'hémorrhagie, je levai l'appareil, et la plaie fut soumise comme par le passé à des pansemens réguliers. Mais le 6 avril (le vingt-deuxième jour du traitement) le sang s'échappa tout-à-coup de la blessure avec tant d'abondance, qu'en un instant le lit du malade en fut inondé. Un tourniquet fut appliqué par l'élève de service ; cet instrument fut laissé en place tout le jour. Prévenu de ce nouvel accident, je me rendis le soir même à l'hôpital. J'enlevai le tourniquet sans que le sang se montrât, et je remarquai que le *pouls se faisait sentir* à l'artère radiale. Néanmoins comme une troisième hémorrhagie eût été inévitablement funeste au malade, je me décidai de suite à lier l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. C'était la seule portion du vaisseau qui fut accessible, la tuméfaction du bras s'élevant jusqu'à

la partie supérieure du membre. Dans cette opération, pendant laquelle le malade perdit à peine une cuillerée de sang, j'eus l'occasion de reconnaître combien est important le précepte d'inciser beaucoup plus près du bord antérieur que du bord postérieur de l'aisselle; faute de m'y être scrupuleusement conformé, je rencontrai plusieurs des parties qui composent le plexus brachial, et la veine axillaire elle-même avant de découvrir l'artère. Celle-ci fut soulevée à son tour; on la vit battre sur la sonde qui l'isolait, et au moment où je la pressai avec le doigt, l'aide qui explorait le pouls à la radiale cessa de percevoir les pulsations de ce vaisseau. Je cessai à mon tour de presser l'axillaire, et les pulsations de la radiale reparurent. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois, en sorte qu'il n'y eut pas le moindre doute que le but n'eut été atteint.

Le malade passa une assez bonne nuit. Dès le lendemain le gonflement du bras avait sensiblement diminué, et au bout de trois jours cette partie était revenue à ses dimensions naturelles. La plaie de l'opération se réunit, presqu'entièrement, par première intention, et bientôt elle n'offrit plus qu'un pertuis correspondant à la ligature. La plaie faite par la balle eut une marche moins rapide, sa cicatrisation ayant été retardée par le séjour de plusieurs portions d'os qui ne furent extraites que plus tard, et après avoir occasionné quelques abcès. Du reste, il n'y eut plus d'hémorrhagies, et lorsque le blessé quitta l'hôpital pour aller rejoindre son régiment, le pouls n'avait reparu à aucune des artères de l'avant-bras. L'articulation du coude offrait une grande rigidité.

Je désire fixer l'attention des chirurgiens sur une des circonstances du fait que je viens d'exposer. Je veux parler de la persistance du pouls au poignet, nonobstant la blessure de l'artère humérale, alors que l'hémorrhagie était suspendue et le tourniquet enlevé. La persistance des pulsations de la radiale aurait pu donner à penser, que le

tronc bronchial était intact et que le sang s'était échappé d'un vaisseau moins important ; mais (sauf anomalie dans la division des vaisseaux), aucune autre artère que la brachiale n'eut pu fournir à des hémorrhagies *consécutives* si rapides et si abondantes. L'explication du phénomène qui nous occupe était facile à rencontrer; elle jetait, en outre, quelques lumières sur l'espèce de blessure dont l'artère était atteinte. Evidemment, l'artère n'avait été ni complètement coupée en travers, ni même divisée dans les trois quarts de son diamètre transversal car dans l'un et l'autre cas, le cours du sang eût été tout-à-fait interrompu des parties supérieures aux inférieures du vaisseau, et le pouls eût cessé de se faire sentir à la radiale jusqu'au moment où des anastomoses élargies y auraient ramené le sang. En conséquence de ce raisonnement, je dis aux élèves, que l'accident avait ressemblés autour du malade; que la solution de continuité du vaisseau n'occupait qu'une partie de sa circonférence; que cette solution de continuité était en ce moment remplie par un caillot qui résistait à l'effort latéral du sang, et mettait ainsi un obstacle momentané à l'hémorrhagie, sans interrompre la circulation dans le vaisseau. Or, un caillot latéral, retenu dans la solution de continuité d'une artère qui traverse une plaie depuis long-temps en pleine suppuration, ne restera pas longtemps adhérent au bord de la division du vaisseau; ce caillot sera entraîné par le pus et l'hémorrhagie reparaîtra. Il y avait donc urgence pour l'opération.

On voit qu'on peut établir quelques inductions diagnostiques et thérapeutiques sur la présence ou l'absence du pouls au-dessous de la blessure dans les cas de plaies des gros troncs artériels. Certes, les chances du retour de l'hémorrhagie sont loin d'être les mêmes dans les cas où une artère a été complètement coupée en travers, et dans ceux où il n'existe qu'une ouverture latérale au vaisseau. La suspension de l'écoulement du sang est souvent définitive

dans la première de ces circonstances; elle l'est rarement dans la seconde; et s'il échappe à l'hémorrhagie, le malade verra presqu'inévitablement se développer un anévrysme faux consécutif, sur le trajet du vaisseau blessé. Il est donc plus urgent dans le second cas que dans le premier de recourir à des moyens hémostatiques permanens. Or, l'examen du pouls au dessous de la blessure conduira quelquefois à distinguer ces deux cas l'un de l'autre.

On a vu, aussi, que la persistance du pouls au-dessous de la blessure m'a permis de faire, sur l'artère axillaire, les mêmes expériences que l'on conseille dans le cas où l'on opère un anévrysme, c'est-à-dire, que j'ai interrompu et permis les pulsations de la radiale, en pressant et relâchant alternativement le vaisseau soulevé par la sonde cannelée, ce qui ne m'a pas laissé douter que je n'eusse atteint le but que je m'étais proposé.

Faisons une autre remarque sur l'observation précédente. A part, le danger provenant de l'hémorrhagie, la situation du blessé pouvait être considérée comme extrêmement grave, vu la tuméfaction du membre, tuméfaction occasionnée par l'application du tourniquet, et tenant à la fois du phlegmon et de l'œdême. Il m'a paru que la ligature du tronc principal de ce membre avait modifié, d'une manière avantageuse, la marche de cette inflammation qui s'appaisa tout-à-coup faute d'aliment, si j'ose ainsi parler, l'abord du sang dans les parties tuméfiées ayant tout-à-coup été empêché ou considérablement diminué par le lien serré autour de l'artère axillaire. Cette observation, qui n'a point été faite, que je sache, par les auteurs classiques de chirurgie, n'est cependant pas nouvelle, et j'ai quelque souvenir d'avoir entendu M. Gerdy signaler un effet analogue de la ligature de l'artère crurale, dans un cas de plaie de la cuisse par une arme à feu.

Si la ligature d'une grosse artère peut modérer la marche d'une phlegmasie, celle-ci, à son tour, n'est pas sans

influence sur les conséquences de l'opération. Je m'explique : je suis convaincu que l'inflammation, siégeant dans un membre dont on lie l'artère principale, augmente les chances du rétablissement de la circulation par les voies collatérales, et notamment par la dilatation des petits vaisseaux. Ce n'est pas seulement le *vis à tergo* qui met en mouvement le sang dans les subdivisions de l'arbre circulatoire : une foule de faits, que je ne puis citer ici, démontrent que souvent l'afflux de ce liquide a lieu sous l'influence d'une sorte d'attraction ou d'aspiration opérée par les tissus vivans. Or, ce genre d'attraction est puissamment exercé par une partie enflammée.

Je ferai observer, en terminant mes remarques sur ce premier fait, que sur 34 individus qui ont subi la ligature de l'artère axillaire, et dont j'ai cité les observations à l'article *Axillaire* de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine*, douze seulement ont été opérés pour des hémorrhagies provenant de la division de l'axillaire ou de la brachiale (les autres ayant été opérés pour des anévrysmes, soit spontanés soit consécutifs), et que sur les douze blessés, trois seulement ont guéri et neuf sont morts. Enfin, sur les trois qui ont guéri, un seul avait été opéré suivant la méthode d'Anel, pour une hémorrhagie provenant de la brachiale, comme dans le cas qu'on vient de lire. Les résultats de cette opération pour des tumeurs anévrysmales ont été beaucoup plus heureux.

Le pouls n'a jamais reparu à l'artère radiale de mon malade ; la même chose a été observée plusieurs fois.

Obs. IIe. — *Ligature de l'artère cubitale.* — Je donne l'observation telle qu'elle est recueillie par M. Landau, interne dans mon service.

« Broux (Antoinette), âgée de 47 ans, cotonnière, entra à l'hôpital St.-Antoine le 4 février et fut couchée à la salle Ste.-Marthe n.° 10. Le même jour, son avant-bras avait été pris dans un engrenage de filature de coton, et à la partie

antérieure de cette région, au-dessus de l'articulation du poignet, on voyait une plaie qui avait environ deux pouces en hauteur et s'étendait à toute la largeur de l'avant-bras. L'aponévrose superficielle était déchirée, et aux bords interne et externe de l'avant-bras, les muscles faisaient hernie à travers elle. Les bords de la plaie étaient contus, rouges, et douloureux; au centre on voyait le cordon du grand palmaire mis à nu. Les doigts étaient rétractés et fléchis sur la main, tout l'avant-bras était gonflé et la paume de la main douloureuse.

Le 5 au matin, M. Bérard fit établir un appareil d'irrigation, il prescrivit une saignée et la diète.

Le 6, l'avant-bras est dégonflé, aucun phénomène inflammatoire n'est survenu, le pouce et le petit doigt ont repris leur mobilité.

Les jours suivans la douleur a disparu, tous les doigts sont mobiles. Quelques coliques avec constipation cédèrent à un lavement purgatif.

Le 11, l'inflammation ayant presque complètement avorté, l'irrigation est supprimée; la plaie est pâle, quelques escharres d'un vert clair existent çà et là, mais elles sont tout-à-fait superficielles. En comprimant la paume de la main, on fait sortir de dessous le ligament annulaire du carpe une certaine quantité de pus séreux, résultat d'un travail inflammatoire qui avait eu lieu dans la partie, et dont les progrès avaient sans doute été arrêtés par l'irrigation.

Les jours suivans les escharres se détachèrent; l'état général de la malade était très-satisfaisant, tout annonçait une prompte guérison, lorsque, le 18 au matin, nous trouvâmes l'appareil baigné de sang, et au moment où la malade fut dépansée, un beau jet de sang artériel s'éleva de la plaie. L'artère cubitalo était ouverte.

On procéda immédiatement à la ligature. Un aide comprima l'artère humérale, M. Bérard incisa sur le trajet de

la cubitale, à quelque distance au-dessus de la plaie, et dans l'étendue d'environ deux pouces. Quoique l'artère brachiale fût fortement comprimée, il suintait beaucoup de sang entre les lèvres de l'incision, et l'opération était gênée; c'était du sang veineux. M. Bérard me fit comprimer l'extrémité inférieure de l'artère au niveau de la plaie elle-même, et l'on pût cesser de comprimer la brachiale sans qu'il reparût la moindre quantité de sang. Du reste, l'opération ne présenta rien de particulier, l'artère fut liée, et l'hémorrhagie arrêtée.

Le lendemain 19, la malade était très-bien, il n'existait qu'un peu d'engourdissement dans le membre malade (Diète).

20. Les deux plaies sont pansées, toutes deux sont en bon état, il existe un peu de chaleur dans l'avant-bras.

21. L'ancienne plaie est couverte de bourgeons charnus, l'avant-bras est un peu rouge et gonflé. Une fausse membrane grisâtre recouvre la plaie récente, et emprisonne les bouts de la ligature.

23. L'avant-bras est gonflé, la malade a eu des frissons toute la nuit. Les bords de l'incision faite pour la ligature sont gonflés et soulevés par du pus qu'on fait sortir par la pression; il sort également du pus de la surface de la plaie elle-même, au travers des ouvertures de la fausse membrane qui la recouvre. Du reste, le pus est de bonne nature, quoique un peu fétide.

24. Même état: M. Bérard prescrit deux bains d'avant-bras d'une heure chaque, un le matin, un le soir.

25. L'avant-bras est dégonflé; des rides existent à sa partie postérieure ainsi qu'au dos de le main; les bords de l'incision sont dégorgés, la plaie est couverte d'une suppuration de bonne matière (Deux bains d'avant-bras, quart).

La suppuration diminua les jours suivans, et le 28 la ligature tomba.

1.er mars. Les deux plaies sont couvertes de bourgeons

charnus, mais ceux-ci sont pâles et mous; en outre, les plaies avaient un aspect grisâtre. M. Bérard les lava avec de l'eau aiguisée d'un peu d'eau-de-vie camphrée, et au bout de deux jours, les bourgeons charnus devinrent fermes et vermeils, et la cicatrisation marcha avec rapidité. Il ne restait à la malade que quelques pesanteurs d'estomac, de l'inappétence; la langue était chargée depuis quelques jours. Un purgatif (sulfate de soude et manne) fut administré le 4 mars, et dès-lors l'appétit revint, les pesanteurs d'estomac disparurent, et on n'eut plus qu'à réprimer les bourgeons charnus à l'aide du nitrate d'argent afin d'avoir une cicatrice régulière. »

Toutes les conditions qui peuvent faire manquer l'effet d'une opération par la méthode d'Anel, se trouvaient réunies ici. C'était le quatorzième jour après l'accident que l'hémorrhagie avait eu lieu; l'artère cubitale était largement ouverte, à en juger par le volume du jet de sang qui s'échappait de la plaie. Les anastomoses du vaisseau blessé avec la radiale me paraissaient devoir ramener le sang par le bout inférieur, et j'étais tellement préoccupé des probabilités de cet accident, que je fus sur le point de lier aussi l'artère radiale. Voyant cependant que le fil serré autour de la cubitale avait complètement suspendu l'hémorrhagie, je me bornai à l'application d'un bandage qui eut pour effet de modérer le cours du sang dans l'artère radiale. Pour satisfaire à cette indication, une compresse graduée fut engagée dans la direction de l'artère radiale, sous les bandelettes agglutinatives à l'aide desquelles on avait réuni les lèvres de la plaie. Cette précaution, qui n'a pas été mentionnée dans la relation qu'on vient de lire, a eu tous le succès qu'on en pouvait attendre.

On a dit plus haut que le sang coulait au moment où je commençai l'opération; les auteurs de chirurgie conseillent, dans ce cas, d'interrompre la circulation dans l'artère en comprimant celle-ci dans les lieux d'élection à l'aide du

tourniquet, du garrot ou des doigts. C'était ainsi que j'en avais agi au commencement de l'opération ; mais je reconnus à l'instant que cette pratique était détestable. La compression exercée au-dessus du point où l'on opère, cause une stase veineuse dans le membre ; le sang ruisselle à la surface de la plaie, et masque les parties sur lesquelles il faut conduire le bistouri. Il est infiniment plus commode et plus sûr, quand on lie une artère, entre la blessure et le cœur, de faire comprimer le vaisseau dans la plaie même ou dans son voisinage. Il faut employer si peu de force pour arrêter momentanément une hémorrhagie, par l'application des doigts, que la personne la plus inexpérimentée pourrait servir d'auxiliaire à un chirurgien. J'avais à peine fait cesser la compression au bras, pour l'établir sur l'ouverture même du vaisseau, que le sang cessa de masquer les parties au milieu desquelles je devais trouver l'artère cubitale, en sorte que l'opération fut terminée avec une extrême facilité.

Ce n'est pas la première fois que j'observe les inconvéniens de la méthode hémostatique que j'attaque ici. Je me rappelle, en ce moment, qu'à l'époque où j'étais interne à la Pitié, on amena dans mon service un jeune homme qui s'était ouvert l'artère radiale au-dessus du poignet. L'accident datait de quelques jours, et une nouvelle hémorrhagie s'étant montrée, on comprima l'artère brachiale au lieu d'élection, après quoi le chirurgien qui faisait l'intérim de Béclard, se mit en devoir de lier l'artère radiale au-dessus de la plaie. Mais le sang veineux qui coulait d'une manière continue gêna tellement l'opérateur, homme d'ailleurs exercé à la manœuvre des opérations, qu'il ne put qu'à grand peine et au bout d'un temps fort long, mettre à découvert un vaisseau qu'il lia sans avoir la certitude que ce fût l'artère radiale. (On sait qu'une veine radiale superficielle, quelquefois très-grosse, se présente presque toujours avant qu'on arrive à l'artère radiale). L'hémorrhagie reparut au milieu d'une nuit,

quelques jours après cette opération : je l'arrêtai par un moyen que je me garderais bien d'employer aujourd'hui. Je fis ou je crus avoir fait la ligature médiate de l'artère dans la plaie même, au-dessus et au-dessous de la blessure du vaisseau, en conduisant les fils à l'aide d'une aiguille courbe que je plongeai deux fois sur le côté du vaisseau, et que je fis ressortir sur le côté opposé, sans aucune incision préalable, le trajet de l'artère ayant seul été mon guide en cette occasion. Le malade guérit.

J'ai reconnu en liant l'artère cubitale, combien il était important de se conformer au précepte qui est donné, de faire fléchir la main sur l'avant-bras, aussitôt qu'on a découvert l'intervalle des muscles cubital antérieur et fléchisseur sublime. Ces muscles qui, dans une autre position de la main, sont tendus, raides et difficiles à déplacer, sur le vivant, s'écartent l'un de l'autre aussitôt que la main est fléchie, et laissent voir au fond de la plaie l'artère cubitale cotoyée en dedans par le nerf et entourée de ses veines satellites.

OBS. IIIe. — *Ligature de l'artère tibiale postérieure.* — On conduisit l'année dernière, dans une des salles de l'hospice St-Antoine, un Auvergnat vigoureux, qui venait de se blesser avec un couperet, et qui avait eu, au moment même de l'accident, une hémorrhagie considérable. Les personnes qui l'accompagnaient déclarèrent que le sang s'était échappé de la plaie par saccades, et qu'il offrait une couleur vermeille. Le blessé fut à l'instant déshabillé et couché. Voici quel était son état : en arrière et au-dessus de la malléole interne de la jambe gauche, on voyait une solution de continuité à bords réguliers, dirigée d'avant en arrière et de haut en bas. L'hémorrhagie était complètement suspendue. Un caillot était interposé aux lèvres de la plaie et leur était adhérent.

Je détachai, peu-à-peu, le caillot à l'aide d'une éponge imbibée d'eau tiède, et je reconnus que l'aponévrose avait

été divisée dans la même direction, mais dans une étendue moindre que la peau. Un second caillot occupait cette partie plus profonde de la plaie; je le détachai comme le premier. Je commençais à croire que l'artère n'avait pas été intéressée, lorsqu'un jet volumineux de sang vermeil me fit voir qu'il en était autrement. Le vaisseau avait été complètement coupé en travers, et les bouts rétractés étaient cachés sous l'aponévrose. L'indication était évidente : il fallait lier les deux bouts de l'artère; mais l'aponévrose n'ayant pas suivi la rétraction du vaisseau, une incision était nécessaire pour faciliter la ligature. Je procédai de la manière suivante : un aide fut chargé d'arrêter l'effusion du sang, en comprimant le vaisseau dans la plaie même. La peau fut divisée parallèlement au tendon d'Achille, de manière à donner à la solution de continuité primitive la forme d'un T. Je coupai l'aponévrose sur une sonde canelée; il me fut facile alors de saisir le bout supérieur de l'artère, et de l'entourer d'un fil ciré. Mais pendant cette opération, le bout inférieur avait aussi fourni un jet de sang, et je l'avais fait comprimer. La compression suspendue, le jet du sang reparut, et m'indiqua le point précis où j'allai trouver le bout inférieur. Celui-ci fut soulevé avec la pince, et lié immédiatement comme le bout supérieur. On apercevait alors dans le fond de la plaie les deux ligatures agitées des mouvemens que leur communiquait l'artère. Cependant, à ma grande surprise, je vis une nouvelle ondée de sang s'échapper tout-à-coup de l'intervalle des lèvres de la division. Ce sang provenait, ainsi que je ne tardai pas à le reconnaître, de la veine tibiale postérieure qui avait été coupée en même temps que l'artère, et qui était très-volumineuse sur ce sujet. Je ne jugeai pas à propos de la lier. Une compresse graduée fut placée sur le trajet de la veine, au-dessous de la plaie; celle-ci fut réunie par des bandelettes agglutinatives.

Au bout de huit jours, la cicatrisation était complète

dans tous les points de la solution de continuité qui ne correspondaient pas aux ligatures. La chute de ces dernières survint, sans accident, quelques jours plus tard, et le malade quitta l'hôpital, parfaitement guéri.

Je ne sais quel auteur a dit qu'il n'y avait point de *petites choses* en matière de thérapeutique chirurgicale. C'est une vérité que la pratique démontre tous les jours. Des difficultés, trop minimes en apparence, pour que les auteurs dogmatiques aient pris la peine de les lever, arrêtent à chaque pas celui qui débute dans la carrière.

Qu'un jeune chirurgien, nourri de la lecture des meilleurs ouvrages et possédant à merveille tout ce qui a trait à l'histoire des plaies des artères, soit appelé pour un cas semblable à celui que je viens de rapporter; il n'y a plus d'écoulement de sang, la blessure paraît fort peu étendue en longueur, et sa profondeur ne peut être mesurée, à cause du caillot qui est fortement attaché aux lèvres de la plaie. C'est en vain qu'il cherchera à repasser dans sa mémoire les signes des lésions des artères; il n'en existe pas d'autres dans le cas actuel que le rapport du malade et des assistans; or, on sait quelle confiance méritent de semblables renseignemens. Si dans le doute il se contente d'appliquer un appareil contentif sur la plaie, ce sera une faute grave, car au bout de quelques jours l'hémorrhagie reparaîtra peut-être, et il ne sera plus possible d'aller saisir l'artère au milieu de parties enflammées. Or, une précaution des plus simples peut prévenir de semblables accidens; elle consiste à détacher, patiemment et complètement, le caillot qui adhère à la plaie, de manière à provoquer, de nouveau, l'écoulement du sang, afin d'y remédier à l'instant.

Il résulte des observations et des considérations précédentes :

1.° Qu'on peut tirer quelques inductions diagnostiques et thérapeutiques de la présence ou de l'absence du pouls dans le membre dont l'artère principale a été blessée ;

2.° Que la ligature de l'artère principale d'un membre peut modifier le travail inflammatoire qui siégeait dans ce nombre avant l'opération ;

3.° Que d'une autre part, la présence d'un phlegmon dans un membre dont on lie l'artère, augmente les chances de rétablissement de la circulation par les voies collatérales ;

4.° Qu'il faut s'abstenir, autant que possible, pendant qu'on pratique la ligature d'une artère, de la faire comprimer entre le cœur et le point sur lequel on opère.

Quelques autres remarques ont trouvé place dans cet article, et je crois inutile de les reproduire ici.

Recherches sur la dysenterie; par S. Thomas, *de Tours (Indre-et-Loire), docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique de la même ville, et de la Société médicale de Tours.*

En 1831 la dysenterie était pour moi une maladie tout aussi nouvelle que le choléra qui depuis nous est venu de l'Inde. Pendant les six années que j'ai passées dans les hopitaux de Paris je n'en ai pas vu un seul cas. Ma curiosité ne devait pas rester long-temps sans être satisfaite : quelques mois après mon arrivée à Tours, en juillet 1831, une épidémie dysentérique se développa dans le régiment de cavalerie de cette ville; deux cents malades furent reçus à l'hôpital; je saisis avec avidité une si belle occasion de lever les doutes que les auteurs avaient laissés dans mon esprit. M. Leclerc, chargé, à cette époque, du service médical, mit la plus grande complaisance à me rendre faciles mes études au lit du malade, et à laisser à ma disposition les cadavres des individus qui avaient succombé à

la dysenterie : qu'il en reçoive ici l'expression de ma vive reconnaissance.

En 1833 la même caserne fut envahie par une nouvelle épidémie dysentérique moins intense que la première ; j'ai pu, après deux années de réflexions et de recherches dans les auteurs, vérifier la plupart des observations que j'avais faites en 1831.

Dans le cours de mes recherches sur la dysenterie, les caractères anatomiques ont surtout fixé mon attention. Flottant entre l'opinion des anciens qui, depuis Hippocrate jusqu'au dix-septième siècle, admettaient, d'après leurs théories, que la dysenterie déterminait l'ulcération des intestins et que cette lésion en était un caractère essentiel, et celle des modernes qui, après l'inspection anatomique, nient la présence d'ulcérations dans les intestins des dysentériques, j'ai voulu voir par moi-même et j'ai reconnu, après avoir fait avec le plus grand soin bon nombre de nécropsies, que les anciens ont trouvé juste et que les modernes sont dans une erreur complète.

En 1831 les pièces anatomiques ont été examinées avec la plus scrupuleuse attention par M. Piauley, chirurgien militaire fort instruit ; aujourd'hui, l'existence des ulcérations à la surface muqueuse du gros intestin pendant la dysenterie aiguë, n'est plus douteuse pour lui. M. Bretonneau, qui cultive l'anatomie pathologique avec un succès si remarquable, a acquis depuis long-temps la même conviction. Quelques esprits superficiels s'étonneront sans doute de l'importance que nous attachons aux caractères anatomiques de la dysenterie ; mais les pathologistes, qui tendent de tous leurs efforts à apporter dans la connaissance des maladies la précision des sciences exactes, demeurent bien convaincus que les lésions organiques sont la seule base solide de la science médicale ; et pour la maladie qui nous occupe ici, nous pouvons démontrer que des notions positives sur les caractères anatomiques sont de la plus grande

utilité au praticien ; elles l'éclairent sur la conduite qu'il doit tenir aux diverses périodes de l'affection.

La dysenterie, connue dès l'origine de l'art, a été ainsi désignée par Hyppocrate ; depuis elle a reçu d'autres noms, *Tormina* (Celse); *Rhumatismum intestinorum cum ulcere* (Cœlius Aurelianus); *Morbus dissolutus* (Paracelse); etc., etc. Nous conserverons la première dénomination, parce qu'elle est le plus généralement admise, parce que le sens étymologique ne contient aucune idée théorique, et parce que cette appellation désigne une espèce morbide. Nous devons faire ici aux médecins physiologistes un reproche que nous croyons bien mérité ; ils ont fait faire à la science un nouveau pas, les médecins physiologistes, mais un pas en arrière, lorsque, confondant les diverses espèces morbides qui peuvent envahir un organe, ils les ont décrites sous le même nom et dans un même tableau ; ainsi ils préfèrent au vieux nom *Dysenterie* celui plus nouveau de *Colite*, parce qu'il convient à toutes les formes et à tous les degrés des différentes phlegmasies du colon depuis la la diarrhée la plus simple jusqu'à la dysenterie la plus intense. (Voyez l'article *Colite du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie-Pratique*). Mais ne voit-on pas que ce nom de *Colite*, par cela même qu'il appartient à toutes les formes morbides, n'en désigne aucune en particulier ; il est vague, c'est le nom du genre et non celui de l'espèce. Pour nous aussi la dysenterie est une colite, ou pour parler plus exactement, une phlegmasie du rectum, du colon et du cœcum, mais une phlegmasie spéciale et qui n'a aucun rapport avec cette inflammation du colon et surtout du cœcum, qui se termine par un abcès dont le pus vient se faire jour au dehors par l'intestin, la vessie, le vagin, ou à travers les parois abdominales correspondantes et dont MM. Husson, Dance, Menières et Teallier ont publié de nombreux exemples. Elle n'a aucun rapport avec la diarrhée, cette autre espèce de colite, et cependant

ces deux dernières affections sont décrites dans le même cadre et sous la même dénomination que la dysenterie. Il serait tout aussi absurde de décrire pêle-mêle l'érysipèle, la rougeole, la variole, la scarlatine sous la dénomination de cutite, parce que ces affections sont des inflammations de la peau.

Je pourrais trouver beaucoup d'autres exemples qui viendraient justifier le reproche que j'adresse à l'école physiologique : ainsi la gastro-entérite comprend une foule d'affections distinctes ; une des mieux déterminées et des plus connues aujourd'hui par ses caractères anatomo et bio-pathologiques, c'est la Dothinenterie (Bretonneau.), la fièvre typhoïde (Louis.). Je vous le demande, quel rapport trouvez-vous entre cette gastro-entérite et les autres phlegmasies si nombreuses de l'estomac et de l'intestin ? Quelqu'élastique, quelqu'extensible que soit votre théorie, vous n'en découvrirez qu'un seul, celui du siége ; symptômes, lésions de tissus, traitement, tout est différent. Cette confusion est funeste. Le progrès de la médecine consiste à réduire les différentes phlegmasies d'un organe à des espèces précises et bien déterminées. Qu'on ne croie pas que je donne dans l'excès opposé et que, formant arbitrairement des groupes de symptômes, je fasse des divisions à l'infini. Ce défaut serait pire que le premier. Pour moi, les symptômes sont un moyen d'arriver à reconnaître l'organe malade et à préciser la lésion de cet organe. Et, toutes les fois que je ne reconnais pas ce rapport du symptôme et de la lésion organique, je reste dans le doute.

M. Broussais semble peu s'inquiéter de ce rapport des lésions matérielles des organes et des symptômes, parce qu'il ne peut, dit-il, en avoir une connaissance exacte qu'à l'ouverture des cadavres ; pendant la vie, il n'y a que des présomptions. Il veut un guide qui lui fournisse de suite des indications. Ce guide, il l'a trouvé, c'est *l'irritation*. C'est par son intermédiaire qu'il faut interroger

les organes pour savoir quels sont les plus souffrans, ou quels sont les symptômes principaux. La douleur locale, la chaleur, le gouflement, par exemple, vous parlent à l'instant, commandent votre attention (Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales, 16 novembre 1832, 61.e leçon). Cette méthode a des défauts comme celles que rejette le célèbre professeur; en voici un exemple : Dans la gastro-entérite typhoïde, nous voyons souvent les accidens les plus graves se manifester pendant presque tout le cours de l'affection dans le cerveau. Et cependant l'organe qui, par ses cris de douleur, réclame votre attention, n'est pas le siége de l'affection principale, elle existe à l'intestin; vous serez conduit à traiter l'affection cérébrale; les antiphlogistiques, les saignées locales et générales vous sembleront indiquées. Eh bien! vous serez dans une erreur complète, vous combattrez un symptôme, un phénomène sympathique; le cerveau n'est le siége d'aucune lésion appréciable. Et vous négligerez la lésion profonde de l'intestin, parce qu'elle ne se traduit que par des symptômes locaux peu prononcés. Le thérapeutiste ne peut donc s'abandonner avec une confiance entière à la méthode de l'irritation, elle est plus défectueuse encore pour le nosographe. Venons à notre sujet.

Caractères anatomiques de la dysenterie. — La dysenterie a son siége dans le gros intestin, et les lésions qu'elle y développe s'étendent du rectum vers le cœcum; c'est une phlegmasie des plus violentes, promptement suivie de l'ulcération, de la destruction des tissus qu'elle envahit.

Nous décrirons en même temps et les lésions de tissu et les altérations du produit de l'exhalation intestinale, parce que ces deux caractères pathologiques sont tellement liés entre eux qu'à l'inspection des évacuations alvines des dysentériques on reconnaît les degrés de la lésion intestinale; et *vice versâ*, à la vue de l'intestin, on sait, sans plus d'informations, quelle était la nature des matières excrétées.

Je ne puis donner une description précise des caractères anatomiques qu'après le huitième jour de l'invasion, puisque je n'ai pas fait de nécropsies avant cette époque; pourtant il est raisonnable de penser que les lésions profondes qu'ont présentées les sujets chez lesquels la maladie a eu une fin si promptement funeste, se sont développées dès le début de l'affection.

La membrane muqueuse du gros intestin présente, dès le 8e jour, de petites ulcérations arrondies qui, les jours suivans, s'étendent, se réunissent, forment des ulcères irréguliers, à bords taillés à pic; cette membrane est détruite dans toute son épaisseur; le fond de la surface ulcérée est formé par le tissu-cellulaire sous-jacent. J'ai cru reconnaître, dans plusieurs nécropsies, que ces ulcérations commençaient par les follicules de l'intestin. En effet, j'ai vu très-souvent dans le cœcum le petit point noir que présentent ces follicules, entouré d'une ulcération commençante.

Déjà, à cette époque, la phlegmasie a une grande intensité, elle n'est pas bornée seulement à la muqueuse : elle s'étend aux membranes cellulaire et musculaire, qui acquièrent une épaisseur double et triple de celle de l'état normal.

Les évacuations alvines présentent des flocons de mucus filant comme du blanc d'œuf, mêlés à du sang sous forme de petits caillots noirs ou de filamens; partie de ce mucus est teinte en rouge, partie conserve sa teinte grisâtre demi-transparente. Ces matières excrétées ont à peu près le même caractère dès le début; seulement la quantité du sang augmente au fur et à mesure que le mal fait des progrès, et après le huitième jour on voit assez souvent des flocons muqueux au fond d'une sérosité sauguinolente assez abondante. On trouve aussi très-fréquemment, pendant les huit premiers jours, à la surface des matières des selles, une mousse jaunâtre ou verdâtre qui est évidemment le résultat du mélange de la bile avec les autres liquides. Dans les périodes

plus avancées, la présence de cette écume jaune ou verte est plus rare, elle annonce toujours une exacerbation de la phlegmasie intestinale.

A la surface des ulcérations il se dépose une concrétion pelliculaire, espèce de fausse membrane très-mince, jaunâtre ou verdâtre, qui semble être là pour protéger le tissu cellulaire du contact des matières contenues dans l'intestin. Comme il arrive souvent qu'on trouve la pellicule qui recouvre les petites ulcérations, détachée à sa circonférence et adhérente au centre, je l'ai prise pour une escarrhe dans les premières nécropsies que j'ai faites, mais plus tard j'ai reconnu mon erreur. Très-souvent j'ai trouvé cet enduit pelliculaire à la surface de la muqueuse elle-même, mais alors cette membrane était rouge et ramollie, et ressemblait parfaitement, pour la couleur et la consistance, à un enduit de gelée de groseille.

Ces pellicules se détachent des surfaces ulcérées et paraissent se reproduire plusieurs fois dans le cours de la maladie. Elles sont excrétées avec des flocons muqueux sanguinolens et quelquefois en égale quantité; ce qui arrive lorsque le gros intestin est privé de sa membrane interne dans une grande étendue. Lorsqu'il en est dépouillé dans les deux tiers de sa longueur, par exemple, ce que j'ai vu assez souvent, les pellicules jaunâtres ou verdâtres forment, avec une plus ou moins grande quantité de sang ou plutôt de sérosité sanguinolente, toute la matière des évacuations alvines; puis on voit, de temps en temps, revenir une selle de mucosités sanguinolentes. J'ai trouvé dans les selles une quantité notable de ces pellicules, dès le quatrième ou le cinquième jour de la dysenterie. Serain a remarqué dans les déjections alvines la présence de ces petites pellicules, le quatrième jour d'une dysenterie dont l'observation est rapportée par Pinel (*Nosog. philosoph.*); ce qui prouve qu'à cette époque il existe déjà ou des ulcérations assez étendues, ou de larges plaques de membrane muqueuse rouge et ramollie.

Dans quelques endroits, entre les ulcérations, ou plutôt au centre de ces larges ulcérations, on trouve des lambeaux de la muqueuse d'une pâleur extrême, qu'on peut détacher facilement avec le dos du scalpel. Pendant la vie ils s'enlèvent par une sorte d'exfoliation. Après avoir examiné plusieurs fois les évacuations alvines, je suis sûr de les y avoir retrouvés ; il faut apporter à cet examen la plus grande attention, passer à plusieurs reprises les matières excrétées dans l'eau limpide, parce que les lambeaux de membrane ramollis se confondent facilement avec les flocons muqueux.

Lorsqu'on ouvre l'intestin à cette époque avancée de l'ulcération de la membrane, sa surface interne présente un singulier aspect : çà et là on voit de grosses bosselures recouvertes de l'enduit pseudo-membraneux granulé, d'un gris brunâtre, verdâtre ou jaunâtre, au-dessous duquel la tunique cellulaire à nu est considérablement épaissie, rouge à sa surface, d'un blanc luisant, de consistance lardacée dans le reste de son épaisseur. La membrane musculaire est aussi très-hypertrophiée vers l'extrémité inférieure du gros intestin ; elle a jusqu'à trois ou quatre lignes d'épaisseur.

A cette période de la phlegmasie du gros intestin, sa sensibilité est tellement exaltée, que le contact d'une petite quantité de mucus ou de sérosité sanguinolente le fait entrer en contraction, et le besoin de la défécation se fait ressentir si fréquemment, qu'on voit des malades se présenter à la selle plus de cent fois par jour. La quantité des matières qui sollicitent les contractions est si peu considérable, que souvent, après les efforts les plus violens et les plus douloureux, elle n'est pas évacuée.

Je vais rapporter la nécropsie d'un militaire âgé de 25 ans, mort le 22 novembre 1833, au dixième jour de l'invasion de la dysenterie : elle offre une histoire complète des lésions anatomiques de la maladie qui nous occupe, pendant la période que nous décrivons, période ca-

ractérisée par la phlogose et l'ulcération de la membrane muqueuse.

La surface interne du rectum et du colon a une teinte verdâtre, et présente une grande quantité de bosselures du volume d'une noisette ou d'une noix ; elle est tapissée dans presque toute son étendue d'un enduit pelliculaire, sorte de pseudo-membrane très-mince, granulée, qu'on enlève facilement par petits lambeaux, et au-dessous de laquelle on trouve le tissu cellulaire uni, lisse, et avec un teinte rougeâtre. En examinant avec soin la surface de cette fausse membrane, on voit un grand nombre de petits espaces irréguliers d'une à deux lignes de diamètre où elle n'existe pas : la membrane celluleuse est à nu, de sorte que cette pseudo-membrane est criblée d'une infinité de petits trous. Çà et là, dans la longueur du colon, on trouve de petits lambeaux de membrane muqueuse, irréguliers, de cinq à six lignes de diamètre plus ou moins ; ils ont une épaisseur double de celle de l'état sain ; leur surface présente l'aspect velouté tomenteux de la muqueuse gastrique. Ceux qu'on trouve dans les deux tiers inférieurs du colon sont très-rouges ; on les détache facilement de la membrane celluleuse, mais la muqueuse est tellement ramollie qu'elle se présente sur la lame du scalpel sous forme d'un mucus sanguinolent. Les lambeaux muqueux de la partie supérieure du colon sont moins rouges, mais leur ramollissement est aussi prononcé.

Après l'examen de cette pièce d'anatomie pathologique, il ne me reste aucun doute sur l'absence de la membrane muqueuse dans presque toute l'étendue de la surface du rectum et du colon. Peut-être croirez-vous que l'enduit pelliculaire dont je viens de parler est la membrane muqueuse elle-même ? C'est sur ce point seulement qu'on peut élever quelques doutes, car au-dessous de cet enduit la membrane celluleuse est à nu, puisque, lorsqu'on la râcle avec le scalpel, elle crie comme une membrane fibreuse,

et qu'en outre on ne peut former à sa surface le plus petit lambeau, ce qui arriverait certainement si la muqueuse était au-dessous de la pseudo-membrane. Enfin cette membrane celluleuse, incisée suivant son épaisseur, ne présente aucune membrane qui lui soit superposée. Peut-être croirez-vous, ai-je dit, que l'enduit pelliculaire est la membrane muqueuse elle-même ? Alors vous serez forcé d'admettre que cette membrane a subi une altération bien profonde, puisque la pellicule excessivement mince en laquelle elle est convertie ne présente plus aucune trace de l'organisation de la membrane muqueuse, et qu'elle est imbibée comme une membrane morte, d'un liquide qui lui a donné sa teinte verdâtre. Si cette pellicule, dans les endroits où elle est en contact avec le tissu cellulaire, est la muqueuse altérée, quelle sera sa nature dans les endroits où elle recouvre la muqueuse elle-même ? Il faudra donc que vous admettiez que, quoiqu'en apparence identique dans les deux cas, elle est cependant de nature différente. Croirez-vous, avec une telle supposition, pouvoir vous refuser à admettre l'ulcération de la membrane muqueuse pendant la dysenterie aiguë ? Vous serez dans une grande erreur, puisque, dans une infinité de cas, cette pellicule n'existe pas et le tissu cellulaire est à nu. Chez le militaire dont je parle, et chez un assez grand nombre d'autres sujets, j'ai trouvé cette tunique cellulaire dénudée dans une étendue de six à huit pouces. Pour moi il est bien évident que le rectum et le colon que j'ai sous les yeux sont dépouillés de leur tégument interne.

Dans les trois-quarts de la surface du cœcum la muqueuse est intacte et d'une grande pâleur. Dans le reste de l'éten due, on voit l'enduit pelliculaire granulé en contact avec le tissu cellulaire ; une ligne de démarcation bien tranchée sépare la pseudo-membrane de la muqueuse : la première est au-dessous du niveau de la dernière.

La membrane cellulaire du gros intestin a quatre à cinq

lignes d'épaisseur dans les endroits qui correspondent aux bosselures; moins épaisse dans les intervalles, elle est rouge à sa surface, d'un blanc grisâtre dans le reste de son épaisseur.

Dans les trois derniers pieds de l'iléon, la muqueuse est très-rouge; on y voit une immense quantité de follicules isolés très-rouges aussi, qui ont le volume d'un grain de millet. Les plaques de Peyer sont saines. Les ganglions lymphatiques du gros intestin ont le volume d'un haricot; ils sont rouges et ramollis.

Voilà la première période des lésions organiques que la dysenterie aiguë développe dans le gros intestin. L'ulcération a ici un caractère tout particulier; elle commence au rectum et s'étend vers le cœcum avec une telle rapidité, qu'en quelques jours seulement elle détruit, rouge toute la membrane muqueuse. D'abord elle ne s'étend qu'en surface, n'attaque que la membrane interne; dans une autre période, nous la verrons envahir les tuniques plus profondes.

Comme nous l'avons dit, les matières excrétées sont parfaitement en rapport avec la lésion de tissu, et nous donnent exactement la mesure de son étendue. Nous avons vu qu'au fur et à mesure que la muqueuse disparaît, le mucus floconneux diminue, le sang est exhalé en plus grande quantité, et l'enduit pelliculaire excrété de plus en plus abondamment.

La maladie peut se terminer heureusement à une époque plus ou moins avancée de cette première période. Ainsi, dans les dysenteries légères, pendant les six, huit ou dix jours de durée de l'affection, des flocons muqueux grisâtres ou ensanglantés mêlés à de petits caillots de sang, forment toute la matière des évacuations alvines. La muqueuse a seulement été envahie par quelques ulcérations isolées plus ou moins étendues. Le 25 octobre 1833, j'ai eu occasion d'observer les cicatrices de ces ulcérations partielles sur le

gros intestin d'une jeune femme qui fut affectée de la dysenterie au commencement de septembre; la convalescence commença au douzième jour : elle succomba à un ramollissement du cerveau, pour lequel elle était à l'hôpital depuis plusieurs mois (1). Le gros intestin, le colon surtout, présentaient çà et là des taches noires de deux, trois à quatre lignes de diamètre; au centre de ces taches, la teinte noire était très-foncée et s'étendait dans l'épaisseur de la tunique celluleuse qui était à nu, et formait une cicatrice unie, lisse, et criant sous le scalpel comme une membrane fibreuse. A la circonférence la muqueuse était froncée, semblait attirée vers le point central, devenait très-adhérente, et se confondait insensiblement avec la cicatrice celluleuse.

Dans l'état le plus grave de cette période, la tunique celluleuse dénudée de sa muqueuse dans presque toute son étendue, considérablement hypertrophiée, recouverte de l'enduit pelliculaire qui la met à l'abri de l'irritation trop vive que pourrait développer le passage des matières contenues dans l'intestin, s'accoutume peu-à-peu à leur contact; la pseudo-membrane disparaît et ne se reproduit plus; la surface celluleuse de l'intestin, d'une teinte verdâtre, et d'un noir foncé et comme charbonné, devient unie, lisse, et présente tout-à-fait l'organisation des membranes qui tapissent les trajets fistuleux. D'abord d'une densité considérable, criant comme une membrane fibreuse sous le tranchant du scalpel, elle diminue peu-à-peu d'épaisseur, et remplace la muqueuse que l'ulcération a détruite.

Voyons maintenant quel est le résultat des recherches des modernes sur les caractères anatomiques de la dysenterie.

---

(1) Ramollissement développé dans le centre ovale de Vieussens, du côté droit, avec paralysie des membres thoracique et abdominal gauches.

Voici ce que M. Chomel en dit (*Dictionn. de Méd. en 21 vol.*, an 1823) : « L'ouverture des cadavres a montré, chez les dysentériques, des traces manifestes d'inflammation dans le conduit digestif, et particulièrement de la rougeur et du gonflement dans les dernières portions du colon et dans le rectum. On trouve aussi dans ces intestins une certaine quantité de matières semblables à celles qui étaient excrétées pendant la vie. La présence du sang dans ces matières avait conduit les anciens à supposer ici, comme ils le supposaient dans toutes les hémorrhagies, une solution des vaisseaux, une ulcération de la membrane muqueuse : cette ulcération, qui n'est d'ailleurs nullement nécessaire pour concevoir la couleur sanguinolente du mucus excrété, est si rare dans la dysenterie, qu'il en existe à peine quelques exemples, et qu'il est permis de croire que, dans le très-petit nombre de cas où on l'a rencontrée, elle pouvait être accidentelle, ou même tout-à-fait étrangère à l'affection qui nous occupe. »

Je crois, comme M. Chomel, que l'exhalation sanguine peut se faire à la surface intestinale sans ulcération aucune; nous avons un grand nombre d'exemples de ce phénomène, mais s'il existe dans la dysenterie, ce n'est que pendant les premiers instans du début de l'affection; la muqueuse est promptement envahie par les ulcérations si nombreuses, si tranchées, si bien caractérisées que j'ai trouvées dans toutes les nécropsies que j'ai faites; et j'admets comme fait incontestable que l'ulcération de la muqueuse est un caractère aussi essentiel dans la dysenterie, que les phlyctènes dans l'érysipèle, le bourbillon dans le furoncle, le pus dans la phlegmasie du tissu cellulaire.

« Quelquefois, continue M. Chomel, la membrane muqueuse des gros intestins offre une apparence d'érosion très-propre à induire en erreur; il suffit alors de la ratisser légèrement avec le dos d'un scalpel pour détacher une fausse membrane réticulée qui avait produit l'illusion. »

Ceci est une preuve que M. Chomel a examiné attentivement des intestins de dysentériques; ce qu'il dit, je l'ai vu quelquefois. J'ai trouvé, au-dessous de l'enduit pelliculaire jaunâtre ou verdâtre, la muqueuse rouge, ramollie, et semblable à une couche de gelée de groseille; mais c'est le cas le plus rare. Presque toujours, au contraire, la fausse membrane est à nu sur le tissu cellulaire, et lorsqu'on l'a enlevée avec les plus grandes précautions, on trouve au-dessous, non une muqueuse, mais une tunique celluleuse qui crie sous le tranchant du scalpel. Nous allons voir, dans la seconde période, que cette celluleuse est elle-même ulcérée en quelques endroits, et que le fond de ces ulcérations est formé par la tunique charnue.

Enfin M. Chomel pose la question suivante : « Cette inflammation est-elle bornée à la membrane muqueuse, ou s'étend-elle à quelques-unes des tuniques subjacentes, et spécialement à la tunique musculeuse ?» L'anatomie pathologique ne nous laisse aucun doute sur ce fait : l'inflammation envahit d'abord la muqueuse qui devient rouge, se ramollit, s'ulcère; ensuite les tuniques celluleuse et musculeuse se gonflent, acquièrent une épaisseur double, triple de l'état normal; et si la dysenterie ne cède pas à cette époque, elles sont elles-mêmes détruites par l'ulcération qui fait dans ces tuniques, comme dans la muqueuse, des ravages effrayans.

Voici maintenant les caractères anatomiques de la dysenterie, d'après MM. Fournier et Vaidy (*Dict. des Sciences médicales*) : « A l'ouverture des corps des dysentériques, on trouve la membrane muqueuse du gros intestin, et quelquefois celle de l'intestin grêle, rougeâtre ou brunâtre, plus ou moins épaissie dans toute son étendue, et surtout très-rugueuse. Cet épaississement multiplie et rend plus sensibles tous les replis et toutes les anfractuosités qui existent naturellement sur la membrane muqueuse. Les rugosités dont nous venons de parler sont enduites d'une

matière, tantôt glaireuse, tantôt puriforme, sanguinolente et sanieuse. Cet état pourrait tromper les regards peu exercés des observateurs superficiels ; car il ferait croire, au premier aspect, que toute la membrane muqueuse est profondément altérée : il est même probable qu'on était dupe cette illusion, comme on l'était de tant d'autres, lorsque les médecins n'avaient point encore une habitude suffisante des recherches d'anatomie pathologique. Mais si, comme l'a fait avec un soin extrême M. Cayol, à l'obligeance duquel nous devons ces détails, on ratisse légèrement avec le dos du scalpel et qu'ensuite on lave à grande eau toute la membrane muqueuse, on voit disparaître ce qu'on avait pris d'abord pour des ulcérations. Quelquefois cependant on découvre çà et là des ulcérations véritables : mais comme elles ne paraissent nullement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation; comme d'ailleurs les observateurs n'en ont trouvé aucune trace chez des sujets qui avaient succombé à la plus violente dysenterie et qui avaient eu des déjections sanguines fort abondantes, on est autorisé à conclure que les ulcérations ne sont point de l'essence de la maladie. »

Quoique j'aie fait des recherches nombreuses sur les altérations des intestins des dysentériques, et que j'aie mis toute mon attention à en reconnaître les caractères, je crois que la description qu'on vient de lire jeterait le doute dans mon esprit, si je ne la connaissais que d'aujourd'hui. Je l'ai lue attentivement, avant et pendant mes recherches, ainsi que la plupart de celles que nous ont données les auteurs modernes ; et c'est en rapprochant ces descriptions de ce que je voyais sur le cadavre, que j'ai acquis la certitude que tous ces auteurs sont dans une erreur complète sur la nature des caractères anatomiques de la dysenterie.

Ils parlent d'un épaississement de la membrane muqueuse ; ils ont été trompés par l'aspect uni, lisse, que prend la tunique celluleuse dénudée de sa muqueuse ; ils

ont pris cette tunique celluleuse pour la muqueuse elle-même, car c'est elle qui est épaissie et qui forme ces bosselures saillantes qu'on observe à la surface interne de l'intestin. Un bon moyen de s'assurer si la muqueuse n'existe plus, c'est d'inciser la paroi intestinale dans toute son épaisseur : si la muqueuse est enlevée, on trouve sur l'épaisseur des lèvres de l'incision, en allant de dehors en dedans, 1.° la membrane charnue hypertrophiée qui ne peut être confondue avec aucune autre; 2.° la celluleuse, aussi considérablement épaissie, et on voit bien clairement que cette dernière est à nu à la surface interne de l'intestin. Si on fait cette coupe dans un endroit où la muqueuse existe encore, on distingue parfaitement les trois couches musculaire, cellulaire et muqueuse. S'il vous restait quelques doutes sur l'existence de l'ulcération de la muqueuse, examinez l'intestin après une macération de 24 ou 48 heures. Plusieurs fois j'ai eu recours à ce moyen, et j'ai trouvé les lésions incomparablement plus apparentes au second examen qu'au premier. Les lambeaux de la muqueuse épars çà et là, qui étaient rouges immédiatement après l'ouverture du cadavre, sont d'une grande pâleur après la macération; on voit bien mieux leur circonférence irrégulière, taillée à pic : souvent dans toute l'étendue du colon il n'y a pas d'autres vestiges de la muqueuse que ces quelques lambeaux qui semblent rester là pour attester les ravages de l'ulcération.

Voilà les choses telles que je les ai vues : j'en appelle maintenant aux anatomo-pathologistes qui voudront se donner la peine d'examiner les intestins des dysentériques morts du huit au vingtième jour : je fixe cette époque afin qu'on ne croie pas que je parle de la dysenterie chronique.

Au commencement de la seconde période de la dysenterie, il ne reste plus à la surface du gros intestin que quelques lambeaux de membrane muqueuse, la tunique celluleuse est à nu, ou recouverte d'un enduit pelliculaire

jaunâtre ou verdâtre. Une grande quantité de petites ulcérations d'une ligne à deux de diamètre se développent sur cette tunique celluleuse, s'étendent, se confondent; delà résultent de larges ulcères dont le fond est formé par la membrane musculaire. A une époque avancée de cette période on ne trouve plus çà et là que quelques plaques de la tunique celluleuse : tout le reste est détruit par l'ulcération ; ces plaques ont ordinairement une teinte noire foncée qui fait tâche à la surface grisâtre de la membrane musculaire.

La sérosité sanguinolente et une plus ou moins grande quantité de pellicules forment d'abord toute la matière des évacuations; il n'y a plus de flocons muqueux, puisqu'il n'y a plus de muqueuse pour les produire. Ensuite, au fur et mesure que l'ulcération fait des progrès dans la tunique celluleuse, un liquide grisâtre, purulent, est évacué avec la sérosité sanguinolente ; celle-ci diminue avec l'étendue de la tunique celluleuse et le pus forme presqu'à lui seul la matière des évacuations.

Dans la troisième période, la membrane charnue est à nu dans une plus ou moins grande étendue, ses faisceaux sont disséqués, dégarnis du tissu cellulaire intermédiaire, elle est recouverte d'une couche de pus concret. L'ulcération envahit cette tunique, s'étend en largeur et en profondeur; bientôt la séreuse est à nu, et la perforation intestinale imminente. Il est remarquable que cette ulcération fait surtout de grands progrès dans l'S iliaque du colon; c'est là que j'ai vu deux fois la paroi intestinale réduite à sa tunique péritonéale. A cette période les matières excrétées consistent en ce pus grisâtre qu'on trouve à la surface de la tunique musculaire.

Ganglions lymphatiques. — Chez les sujets morts du huitième au vingtième jour, les ganglions lymphatiques du mésocolon sont très-rouges, ramollis et le plus souvent doublés de volume. Quelquefois leur volume n'est pas sensiblement augmenté quoiqu'ils présentent les autres altéra-

tions. La teinte rouge et le ramollissement sont ordinairement si prononcés qu'on prendrait ces ganglions pour un caillot de sang demi-fluide déposé entre les lames du mésocolon.

Après le vingtième jour, c'est-à-dire chez les sujets qui ont survécu à l'inflammation ulcéreuse de la membrane muqueuse et qui sont morts pendant la suppuration des tuniques celluleuse ou musculaire, les ganglions lymphatiques présentent le volume de l'état sain, leur consistance n'est pas sensiblement diminuée, mais ils sont noirs comme du charbon. Nous n'en avons jamais trouvé en suppuration.

Le foie n'offre aucune altération sensible dans son tissu, il est ordinairement d'une bonne consistance et d'une belle couleur rosée; mais du huitième au vingtième jour la vésicule est pleine d'une bile noire, verdâtre, très-épaisse et comme grumeleuse. Au contraire, après le vingtième jour la vésicule contient une bile jaune très-liquide. Cette sécrétion abondante de bile noire ou verdâtre si épaisse est produite sans doute, pendant la première période, par la violente phlegmasie de la muqueuse intestinale, de la même manière que la phlegmasie de la muqueuse buccale détermine un afflux considérable de salive. — Cet état de la bile du huitième au vingtième jour nous explique très-bien la couleur porracée des matières des selles et l'écume verdâtre que nous avons trouvée à leur surface.

Les reins, du huitième au vingtième jour, sont ordinairement rouges, gorgés de sang, mais d'une bonne consistance; leurs bassinets contiennent un liquide laiteux, purulent; la muqueuse qui les tapisse est souvent très-injectée. La vessie rétractée et comme effacée derrière le pubis, ne contient que quelques gouttes d'urine mêlée à une petite quantité de cette matière purulente qu'on trouve à l'origine des uretères. Dans la seconde et troisième périodes, au contraire, les reins sont pâles, et la vessie est distendue par une assez grande quantité d'urine.

En juin 1832, j'ai écrit dans une petite notice sur le choléra : « Dans l'abdomen, les organes autour de l'intestin éprouvent une perversion fort remarquable dans leurs fonctions : les reins ne sécrètent plus d'urine, leurs bassinets sont remplis d'un liquide laiteux, purulent, qu'on trouve assez souvent dans la vessie, mais en petite quantité. Le tissu de ces organes est plus rouge, plus gorgé de sang que dans l'état normal. La vessie, rétractée, presque complètement effacée, ne présente pas de lésion de tissu. Cette rétraction de la vessie n'existe pas seulement dans le choléra, comme l'a exprimé dans son rapport la commission de l'Académie de médecine, elle est aussi constante, aussi prononcée dans la dysenterie. Le tissu du foie ne présente pas de lésion sensible, mais sa vésicule est pleine d'une bile noire, épaisse, sirupeuse, s'écoulant difficilement. »

« En rapprochant les observations nécroscopiques que j'ai faites sur les sujets morts de la dysenterie pendant l'épidémie de 1831, de celles que je possède sur le choléra, j'ai acquis la certitude que dans ces deux maladies les voies biliaires et urinaires se présentent tout-à-fait dans le même état..... »

La rate et le pancréas ne nous ont offert aucune lésion qu'on puisse rapporter à la dysenterie.

Le péritoine ne contient point de sérosité. Dans tous les cas nous avons trouvé l'épiploou très-rouge, très-injecté. Vu en masse, l'intestin grêle se présente dans l'état naturel, tandis que le gros intestin offre une injection très-prononcée, et, çà et là on distingue, à travers ses parois, des plaques noirâtres que les anciens ont prises pour des taches gangréneuses, et qui sont produites évidemment par l'épaississement de la tunique celluleuse, plus prononcé en certains points. Chez deux individus seulement nous avons trouvé une péritonite très-intense.

Thorax. — Lorsqu'il n'existe point de tubercules dans

les poumons, on trouve ces organes mous, flasques, exsangues, les plèvres ne contiennent point de sérosité. Dans le cas de tubercules, au contraire, nous avons trouvé dans les poumons des congestions sanguines plus ou moins étendues.

Le cœur ainsi que l'aorte ne nous ont offert aucune trace d'altération.

Tête. — Le réseau vasculaire qui enveloppe l'encéphale était exsangue; la substance du cerveau et du cervelet d'une pâleur extrême. Les sinus de la dure-mère contenaient une plus ou moins grande quantité de sang noir, liquide.

Il est évident, d'après les résultats nécroscopiques que nous venons de constater, qu'il y a un afflux de sang considérable vers les organes contenus dans l'abdomen : le gros intestin en est gorgé ainsi que les ganglions lymphatiques correspondans; l'épiploon offre une injection prononcée, le même phénomène s'observe dans les reins. La sécrétion si abondante de cette bile noirâtre, grumeleuse, nous indique aussi que la circulation a acquis une activité insolite dans le foie. Voyez, au contraire, les organes contenus dans les cavités thoracique et crânienne, ils sont dans un état anémique qui fait un contraste frappant.

Observations diverses de clinique chirurgicale; par F. LALLEMAND, *professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.*

OBS. I.re — *Abcès par congestion simulant pendant six ans une fistule à l'anus. Complications graves et multipliées. Trente cautères en huit mois. Guérison.* — Jean Didier, Alsacien, cultivant la terre en été, tissant des toiles en hiver, n'avait éprouvé aucune maladie grave jusqu'à l'âge de 19 ans, époque où son membre inférieur

gauche devint, pendant quatre mois, le siége d'une tuméfaction douloureuse, terminée par l'apparition au côté gauche de l'anus, d'une tumeur du volume d'une noix, qui suppura et se transforma en une fistule dont la suppuration augmenta peu-à-peu. A cela près, Didier jouissait des apparences de la meilleure santé, au point qu'il ne pût se faire réformer, et fut placé dans le deuxième régiment d'infanterie légère, à 22 ans, trois ans après l'apparition de sa fistule.

Pendant trois autres années, il fit son service régulièrement, quoiqu'il éprouvât des douleurs au dos et aux lombes. Dans le mois d'août 1832, il entra à l'hôpital de Perpignan pour une *fièvre intermittente*. Enfin en octobre, il vint à celui de Montpellier, pour se faire opérer de sa fistule : il avait alors 25 ans, et sa fistule existait depuis six.

Une sonde introduite dans le trajet fistuleux arriva jusqu'au rectum sans rencontrer d'ouverture interne. Après plusieurs explorations infructueuses, je me décidai à perforer l'intestin dans un point où il était fort aminci, et j'incisai, comme à l'ordinaire, les parties molles embrassées par la sonde.

Quelques jours après l'opération, il se manifesta autour de la fistule de la tuméfaction; elle s'étendit peu-à-peu, et au bout d'un mois elle occupait toute la fesse gauche : la peau était décollée, violette; il existait une fièvre continue qui s'exaspérait tous les soirs, et beaucoup de gêne dans les mouvemens du membre.

Le 4 décembre, en explorant la plaie fistuleuse, j'y trouvai un petit fragment d'os, et je crus qu'il avait été entraîné là par les matières fécales. Le lendemain, je pratiquai une ponction à la tumeur de la fesse; il en sortit du pus très-fétide qui noircissait la sonde d'argent. Trouvant la peau décollée dans une grande étendue du côté de la fistule, je l'incisai crucialement pour trouver la communication de cet abcès avec le trajet fistuleux, et je rencontrai

dans plusieurs points de nouveaux fragmens osseux. Leur nombre, et surtout leur aspect, me firent aussitôt examiner la colonne vertébrale, et il me fut facile de constater qu'elle présentait une courbure anormale vers le milieu du dos, et une saillie bien prononcée de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre des lombes : le sacrum était lui-même très-proéminent.

Ce n'était donc pas une fistule ordinaire qui existait depuis six ans à la marge de l'anus, mais un abcès par congestion dont il fallait combattre la cause.

La position du malade était très-grave : la fièvre traitée à Perpignan n'était que symptomatique de la carie vertébrale ; depuis lors elle s'exaspérait tous les soirs. Depuis six ans la maladie devait avoir fait de grands progrès ; mais, d'un autre côté, la manière dont la constitution résistait depuis si long-temps à une pareille altération, me donna quelque espoir.

Du 4 au 14 décembre, *huit cautères* furent placés le long de la colonne vertébrale. Les jours suivans, diminution de la fièvre, retour de l'appétit. Suppuration moins fétide, mais toux opiniâtre.

Le 1.er février, ouverture d'un nouvel abcès à la fesse.

Le 4, *deux cautères* au dos.

Le 11, apparition d'une nouvelle tumeur à l'aine gauche, augmentation de la fièvre. *Deux cautères* aux lombes. Les jours suivans, tuméfaction de la cuisse.

12 mars, palpitations violentes et prolongées qui cèdent à l'application de ventouses sèches sur la région du cœur. Persistance de la toux. La pression de la tumeur fait sentir un gargouillement dû à la présence de l'air, et détermine la sortie du pus par les fistules de la fesse. *Quatre cautères* aux dos et aux lombes.

18 mars, ouverture spontanée d'un abcès à la partie interne et supérieure de la cuisse : ponction à la tumeur de l'aine ; issue de pus ichoreux et infect, mêlé de gaz très-

fétides. Diminution de la suppuration par les fistules de la fesse.

1.er avril, cicatrisation de la fistule de l'aine; flexion permanente de la cuisse.

24 avril, *deux cautères* au dos. — 26, *deux autres* un peu plus bas. Diminution de la suppuration; retour de l'appétit et des forces; mouvemens plus faciles de la cuisse; sommeil plus prolongé. Cessation de la fièvre et de la toux.

20 mai, *six nouveaux cautères* au dos et aux lombes.

10 juillet, retour de l'embonpoint; suppuration peu abondante et sans odeur. *Quatre nouveaux cautères.*

Le malade se lève, commence à marcher, fait des promenades de plus en plus longues.

Dans le mois d'août, la cicatrisation des fistules s'opère successivement; la toux diminue peu-à-peu et cesse complètement; les palpitations ne reparaissent plus. La guérison est complète.

Cette observation est remarquable par l'aspect insidieux qu'a présenté, *pendant six ans*, la fistule de la marge de l'anus, par la manière dont la constitution a résisté à une maladie aussi grave et négligée pendant si long-temps.

Trente cautères ont été appliqués dans l'espace de huit mois. C'est à eux qu'il faut attribuer la guérison; car le malade avoue qu'il avait pris peu des préparations d'or qui lui avaient été prescrites, et jamais de boissons amères, etc.

Obs. II.e — *Lésion de l'artère axillaire par un coup d'épée. Hémorrhagie; épanchement de sang; ligature de la sous-clavière faite avec succès malgré de nombreuses difficultés et des complications consécutives très-graves.* — Doux, artificier au troisième régiment du génie, d'une très-forte stature et d'un embonpoint prononcé, reçut le 18 février 1833, un coup d'épée vers le milieu de la paroi antérieure de l'aisselle droite. Un jet considérable de sang s'échappa de la plaie, et le malade éprouva de l'engourdis-

sement dans le bras. Peu-à-peu l'hémorrhagie extérieure se réduisit à un léger suintement, mais le sang s'épancha dans le tissu cellulaire de l'aisselle, et successivement dans celui du bras, de la poitrine et du col. Vers le soir on apporta le malade à l'hôpital dans un grand état de faiblesse et d'agitation; il éprouvait dans le creux de l'aisselle un *bouillonnement* continuel, et qui, disait-il, lui *rongeait le cœur* et augmentait ses angoisses. Le pouls était nul à droite et très-faible à gauche. Tout indiquait que l'artère axillaire avait été lésée; mais il n'était pas possible de pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière à la lumière; il fallut se contenter de comprimer la plaie pendant la nuit.

Le 19 au matin, la faiblesse et la tuméfaction étaient encore augmentées; le corps était couvert d'une sueur froide et visqueuse; la face avait l'aspect cadavérique.

Le malade étant assis sur une chaise, et recevant la lumière perpendiculairement, je cherchai la clavicule, et la difficulté que j'éprouvai à déterminer exactement sa position à travers l'énorme tuméfaction des parties molles, me donna une idée des obstacles que j'aurais à surmonter pour arriver jusqu'à l'artère, pour l'isoler et la lier. En conséquence, je pratiquai une *très-grande incision* dans la direction du bord supérieur de la clavicule.

Le tissu cellulaire mis à découvert était tellement gorgé de sang, que la graisse abondante dont il était pourvu semblait avoir disparu. La veine sous-clavière ayant la même couleur ne put être distinguée que par sa forme. C'est à travers cette espèce de caillot que je me creusai un chemin, avec les deux indicateurs, jusqu'à la première côte, c'est-à-dire, à quatre pouces environ de profondeur. Enfin je reconnus les deux saillies de cet os qui circonscrivent la dépression sur laquelle passe l'artère. J'introduisis le bout du doigt dans l'espace qui sépare le scalène antérieur du postérieur, et je ne trouvai sur la gouttière de la première côte qu'un corps mollasse et roulant, entièrement dépourvu

de battemens. Je commençais à croire que je m'étais égaré, ou qu'il existait quelque anomalie extraordinaire dans la distribution des artères, lorsque je m'aperçus que les aides supportaient seuls la tête et le corps du malade. Ses muscles étaient dans le relâchement le plus complet; les mouvemens de son cœur pouvaient à peine être perçus; il était dans un état de syncope voisin de la mort. Je me hâtai d'incliner fortement en arrière la chaise sur laquelle il était retenu, afin de donner au corps une position horizontale. Bientôt après la circulation se ranima, et je continuai l'opération dans cette position. Mon doigt indicateur appliqué de nouveau sur la première côte, sentit enfin des battemens dans le corps rond et mou qu'il avait exploré plusieurs fois. Je passai sous l'artère une sonde cannelée fortement recourbée, et je l'amenai à la portée de la vue. En ce moment, le malade se plaignit d'une douleur brûlante à la main : je pensai que cette sensation devait être due à la présence de quelque nerf. En effet, ayant écarté avec le bout d'une autre sonde le tissu cellulaire qui enveloppait l'artère, je trouvai derrière elle un corps blanc et rond du volume du nerf médian. Je le fis passer par dessus le bec de la première sonde, à l'aide de la seconde; je passai ensuite un fil *simple* au-dessous de l'artère, au moyen d'un stylet aiguillé, recourbé, que je fis glisser dans la cannelure de la sonde, et je serrai le nœud, après m'être assuré de nouveau que le fil embrassait bien l'artère et ne contenait qu'elle.

Le malade cessa dès ce moment d'éprouver dans l'aisselle ce *bouillonnement* qui causait ses angoisses, et reprit toute son énergie. (Un quart de grain d'acétate de morphine, de six en six heures).

Pendant quatre jours le bras droit fut beaucoup plus chaud que l'autre, quoiqu'il n'ait pas été plus couvert; à mesure que la température reprit son état normal, la sensibilité et le mouvement se rétablirent.

Le 8.e jour, il survint une diarrhée accompagnée de douleur dans la région du foie, puis une *hépatite aiguë* qui exigea l'application de quinze sangsues.

Le 12.e jour, la ligature tomba sans accident, mais quelques jours après la diarrhée reparut, et la tumeur sanguine qui s'étendait de l'aisselle au côté droit de la poitrine devint douloureuse et augmenta rapidement de volume ; la peau rougit et se souleva en pointe. Enfin la fluctuation étant devenue évidente, je pratiquai une ponction qui donna issue à une énorme quantité de pus ayant l'aspect du chocolat, et à beaucoup de gros caillots noirs.

Cette évacuation produisit un soulagement momentané. Mais les accidens reparurent ; le surlendemain une nouvelle tumeur s'était développée plus en arrière. Une seconde ponction donna issue à un jet de pus fétide.

Une énorme suppuration sortit pendant long-temps par ces ouvertures, entraînant de gros caillots et de vastes lambeaux de tissu cellulaire mortifié d'une odeur infecte.

Dès-lors le pus prit un bon aspect, et ces ouvertures donnant issue à celui qui se formait au-dessus de la clavicule, la plaie du cou se cicatrisa promptement : la diarrhée disparut, les forces revinrent.

Plus tard, il survint de la toux ; il se forma au-devant du grand pectoral une nouvelle tumeur qui augmentait et s'accompagnait de gargouillement pendant les quintes. Une ponction donna issue à du pus sanguinolent mêlé de flocons celluleux, et ces symptômes disparurent. Le malade prit des forces et de l'embonpoint : des injections furent faites avec le vin aromatique, et la compression de la poitrine favorisa l'oblitération du trajet fistuleux.

Il est remarquable que pendant quatre jours la température ait été beaucoup plus élevée dans le membre opéré, quoiqu'il n'ait pas été plus couvert que l'autre, et que les mouvemens se soient rétablis à mesure que la température revenait à l'état normal.

Un mois après l'opération, les battemens commencèrent à se faire sentir dans l'artère radiale, et le malade éprouva en même temps un changement notable dans la sensibilité du pouce et de l'indicateur : tout ce qu'il touchait auparavant lui semblait recouvert d'un voile épais et rude; c'est seulement après le retour des battemens que le toucher reprit sa perfection. Huit jours après ils se firent sentir dans l'artère cubitale, et le même changement s'opéra dans la sensibilité du petit doigt et de l'annulaire. Celle du médius ne fut complète que plusieurs jours après. Ainsi la perturbation survenue dans la circulation du membre y a produit une augmentation notable de température, y a paralysé momentanément l'action musculaire, quoique les nerfs fussent intacts, et la sensibilité n'a été parfaite qu'après le retour complet de la circulation à l'état normal.

Mais l'influence du système nerveux sur la circulation n'est pas moins importante que celle de la circulation sur les fonctions des nerfs. Le refroidissement, la gangrène des membres qui ont été si souvent observés autrefois après la ligature de l'artère principale d'un membre, doivent être surtout attribués au peu de soin que prenaient les opérateurs d'isoler exactement les artères des nerfs qui les accompagnent. Il résultait encore de cette précipitation à lier le paquet dans lequel ils sentaient des battemens, que les veines collatérales étaient aussi comprises dans la ligature, ce qui nuisait gravement au retour du sang et augmentait beaucoup la gêne de la circulation capillaire. Le volume de la ligature était une autre cause d'accidens, par la suppuration qu'elle déterminait dans les parois de l'artère, d'où résultait souvent la chute du caillot et une hémorrhagie mortelle.

Rien de tout cela n'a été observé dans l'observation qu'on vient de lire; cependant l'opération a été pratiquée dans les circonstances les plus défavorables. Le malade jouissait d'un grand embonpoint, le tissu-cellulaire était

gorgé de sang jusqu'au milieu du col : la syncope avait suspendu les battemens de l'artère ; les collatérales n'étaient pas dilatées comme dans tous les cas d'anévrysme ; l'inflammation ne pouvait avoir un bon caractère au milieu de tant de sang ; la suppuration a fusé sous la clavicule, s'est emparée du vaste foyer sanguin qui s'étendait de l'aisselle à la moitié droite de la poitrine, en a détruit le tissu cellulaire ; la plèvre correspondante et le poumon s'en sont ressentis ; une diarrhée tenace, une hépatite aiguë sont encore venus augmenter le danger : malgré toutes ces difficultés et ces complications, le résultat de l'opération a été aussi satisfaisant qu'il était possible de l'espérer ; ce qu'il faut, je crois, attribuer à ce que l'artère seule a été liée et ne l'a été que par un fil très-délié.

Obs. III.e — *Fistule vésico-vaginale de plus d'un pouce de long sur quatre lignes de large, complètement guérie après deux ans d'existence, par une seule application de la* sonde-airigne. — Françoise Fépon, des environs d'Aix en Savoie, blonde, forte, d'un tempérament sanguin très-prononcé, d'une santé robuste, devint enceinte à 22 ans. Sa grossesse fut des plus heureuses, mais il n'en fut pas de même de son accouchement. Habitant la campagne, elle fut assistée par une sage-femme qui laissa la tête de l'enfant engagée dans le bassin pendant vingt-quatre heures, avant de se décider à appeler un chirurgien, et celui-ci ne put opérer la délivrance qu'au moyen des *crochets* : l'enfant était mort.

Immédiatement après l'accouchement, l'urine s'écoula par le vagin, ce qui doit faire attribuer la perforation de la vessie à l'action des crochets, et non à la pression exercée par la tête de l'enfant. En effet, dans ce cas, qui est le plus ordinaire, la fistule ne se déclare qu'à la chute des escharres. Depuis ce moment, la totalité de l'urine a continué à passer par le vagin, quelle que fût la position de la malade, et le besoin d'uriner ne s'est plus fait sentir.

Après deux ans de traitemens variés, mais également infructueux, Françoise Fépon vint à Montpellier et entra à l'hôpital St.-Eloi le 14 avril 1833. Son embonpoint était encore remarquable, son teint fort coloré; ses fonctions continuaient à s'exercer avec la plus parfaite régularité, malgré les tourmens inséparables de la plus dégoûtante infirmité et l'action des divers agens employés pour la guérir. Du reste, elle était calme, pleine de confiance et résignée à tout pour guérir.

Je fis prendre des bains, raser les parties, et après quelques jours de repos, j'explorai la fistule, afin de déterminer, aussi exactement que possible, son étendue, sa forme, sa direction et sa distance du méat urinaire. J'y parvins facilement à l'aide d'un spéculum ouvert dans sa moitié supérieure et coupé en bec de flûte, d'un stylet courbe et d'une sonde de femme. Mais, pour plus de précision, je pris une empreinte de la fistule par le vagin. Je constatai par ces divers moyens que le bord antérieur de la fistule était à un pouce quatre lignes de l'ouverture extérieure de l'urètre, qu'elle avait la forme d'un croissant à concavité tournée en avant, que sa direction était à peu près transversale; enfin, que son grand diamètre avait au moins un pouce d'étendue, et l'antéro-postérieur environ quatre lignes.

Le 23 avril, après avoir introduit dans la vessie une sonde de femme pour abaisser la paroi vésico-vaginale et dans le vagin le spéculum dont j'ai parlé, je cautérisai pour la première fois la fistule, à l'aide d'un cylindre de nitrate d'argent fixé perpendiculairement au bout d'une longue tige de fer, bifurquée et serrée par un anneau. Immédiatement après, je pratiquai plusieurs injections dans la vessie. La malade n'éprouva pas de douleur, ni même de cuisson.

Le 27, seconde cautérisation semblable à la première, suivie de vive cuisson dans les bords de la fistule.

Le 29, apparition des règles.

Le 2 mai, troisième cautérisation, suivie de cuisson plus vive et plus prolongée.

Le 8, quatrième cautérisation, accompagnée et suivie de douleur assez prononcée. Diminution de l'appétit. (Bains, limonade).

Le 13, cinquième cautérisation, accompagnée et suivie d'élancemens douloureux.

Le 14, perte de l'appétit, symptômes d'embarras gastrique. (24 grains d'ipécacuanha.)

Le 15, des mucosités purulentes sortent par le vagin; les bords de la fistule sont tuméfiés, rouges, saignans au plus léger contact, l'urine est mêlée de stries de sang, les escharres commencent à se détacher : tout annonce que l'inflammation est assez intense pour devoir amener la réunion immédiate. Les escharres vont se détacher, c'est le moment le plus favorable à l'application de la *sonde-airigne.* Il y a trop peu de temps que les règles sont passées pour qu'on puisse craindre leur retour : mais il importe aussi de prévenir la malade contre les besoins d'aller à la selle pendant le travail de la cicatrisation (Deux onces de sulfate de soude à prendre dans la nuit).

Le 16 dans la matinée, plusieurs selles copieuses. Dans la soirée, j'introduis une sonde de femme dans la vessie, et les doigts *indicateur* et *médius* dans la fistule pour achever de faire tomber des débris d'escharre. Les doigts en ramènent en effet quelques débris, mêlés de stries de sang d'un rouge vif. Toute la surface des lèvres de la fistule en laisse exsuder de nombreuses gouttelettes. Cette circonstance me paraît du plus heureux augure. Immédiatement après, j'applique la sonde-airigne, de la manière que j'ai indiqué ailleurs (*Archives générales*, avril 1825). Dès que le ressort est lâché, les bords de la fistule se trouvent exactement affrontés, et le doigt n'est pas encore retiré du vagin, que des gouttes d'urine tombent dans le creux de la main.

L'instrument, retenu par l'action opposée des crochets de la plaque, reste si solidement fixé dans la position la plus convenable, que je juge inutile d'employer aucun moyen pour l'assujettir. Pendant toute cette opération, la malade ne proféra pas la moindre plainte, et dit seulement avoir éprouvé une piqûre assez vive, quand les crochets entraient dans la vessie.

La poitrine, la tête et les cuisses sont soutenues par des oreillers, et les urines reçues dans un vase plat, etc. (Boissons émollientes, bouillons).

Pendant trois jours calme parfait. Le quatrième, douleur dans le vagin, espèce de pincement du côté de la vessie.

Le 21, cinquième jour, l'instrument est retiré, et remplacé par une sonde de femme ordinaire qui donne également issue à l'urine. Pas une goutte ne passe par le vagin.

Le 22, la sonde d'argent est remplacée par une sonde de gomme élastique, moins incommode pour la malade.

Le 23, la sonde s'étant engorgée, l'urine s'accumule dans la vessie. Après bien des efforts, la malade parvient à l'expulser, mais elle passe entre la sonde et le canal; il ne s'en échappe cependant pas une seule goutte par le vagin. — Retour des règles.

Les jours suivans on prévient l'obstruction de la sonde par de fréquentes injections.

Le 8 juin, la malade retire la sonde, se promène pendant trois heures. Après quoi, pressée par le vif besoin d'uriner, elle y résiste jusqu'à ce qu'elle ait atteint les lieux communs, qui sont à l'autre extrémité de la salle, et voit avec surprise son urine lancée horizontalement à plus de deux pieds de distance. La joie qu'elle en éprouve est tellement délirante, qu'on peut craindre un instant qu'elle en perde la raison.

Depuis ce moment Françoise Fépon se livre aux plus rudes travaux de la maison, sans que pendant deux mois il passe une goutte d'urine par le vagin. Avant qu'elle quitte

l'hôpital, je prends une nouvelle empreinte des parties, et j'obtiens, au niveau de la cicatrice, une saillie transversale presque filiforme, de 5 à 6 lignes de longueur, assez semblable au raphé du scrotum.

Un an après, dans un voyage que je fis aux eaux d'Aix, j'eus occasion de m'assurer que la guérison ne s'était pas un instant démentie.

En attendant que je puisse entrer dans de plus grands détails sur le traitement d'une des plus dégoûtantes infirmités dont la femme puisse être affectée, j'ai voulu répondre par cette observation aux doutes qui ont été émis sur la guérison complète d'une autre malade dont j'ai publié l'histoire détaillée dans ce Journal (*Voyez* le numéro d'avril 1825). Je n'ai pas le droit de me plaindre de ceux qui, ne me connaissant pas, jugent sans doute de ma véracité d'après le témoignage de leur propre conscience; mais je leur devais la publication d'un fait aussi remarquable par son authenticité que par sa nature. Ici toutes les circonstances de la maladie et du traitement ont été observées publiquement par 400 élèves : la guérison a pu être constatée tous les jours pendant deux mois, et le hasard m'a permis de le faire encore au bout d'un an.

D'un autre côté, la fistule avait plus d'un pouce de long sur quatre lignes de large, elle durait depuis deux ans : malgré ce qu'on avait tenté, la malade ne pouvait conserver une goutte d'urine dans la vessie, quelles que fussent sa position et son immobilité. Cinq cautérisations ont été nécessaires pour enflammer convenablement les bords calleux de la fistule. Mais une seule application de la *sonde-airigne* a suffi pour amener la réunion immédiate : elle s'est opérée en cinq jours comme dans le bec de lièvre. La première cautérisation a été faite le 23 avril, l'instrument a été retiré le 21 mai; ainsi le traitement n'a pas duré un mois. Je doute qu'aucun autre mode de traitement ait procuré des résultats plus prompts et plus complets.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. CHASSAIGNAC, *Secrétaire.*

Compte rendu des travaux de la Société Anatomique pendant l'année 1834; *par M.* CHASSAIGNAC, *secrétaire de la Société.* (Fin).

Lésions des centres nerveux. — En tête de cette classe je placerai les altérations variées qui vous ont été soumises comme conséquences ou comme accompagnemens des fractures du crâne. Car il n'est pas une seule fracture de cette espèce qui vous ait été offerte à l'état de simplicité, en sorte qu'on ne doit ici envisager la fracture que comme un accessoire, et la lésion des organes contenus comme l'affection principale. C'est ce que vous avez eu occasion d'observer 1.° dans un cas de fracture de la base du crâne, s'étendant depuis la petite aîle du sphénoïde jusqu'au trou occipital, et qui était accompagnée d'un épanchement sanguin diffus à la base du crâne, et de contusion à l'hémisphère gauche du cerveau, ainsi qu'à l'hémisphère droit du cervelet (M. Tessier, *B.* 7); 2.° dans une fracture de la voûte du crâne, avec épanchement sanguin considérable, situé entre la dure-mère et les os, et offrant ceci de bien remarquable qu'il communiquait à travers une ouverture de la dure-mère avec un autre épanchement sanguin siégeant dans la cavité de l'arachnoïde (M. Fleury, *B.* 2).

Que ce second épanchement ait été dû à la diffusion du premier dans la cavité arachnoïdienne à travers la déchirure de la dure-mère, rien n'est plus probable. Mais ce qui mérite d'être noté avec soin, dans la comparaison de ces deux épanchemens, de celui qui était extérieur à la

dure-mère et de celui qui lui était intérieur, c'est que ce premier offrait une couleur noire foncée, tandis que l'autre présentait une couleur chocolat et des stries jaunes qui lui donnaient un aspect velouté. Faut-il attribuer cette différence à la nature du travail qui s'opérait déjà dans la cavité de l'arachnoïde, ou bien seulement au mélange du sang avec des fluides sécrétés par cette membrane? C'est ce qu'il est assez difficile de décider.

Deux cas de fracture de la voûte orbitaire vous ont été présentés. Dans l'un d'eux on trouva un caillot sanguin volumineux siégeant à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau : il y avait fracture d'un des rochers (M. Després, *B.* 6). Dans l'autre cas il n'y avait pas fracture du rocher; mais on remarqua, à la base de cette pyramide, un épanchement sanguin siégeant dans la substance diploïque (M. Tessier, *B.* 5). On trouva dans la substance cérébrale un de ces épanchemens sanguins à foyers très-multipliés et très-petits, qui justifient si bien la dénomination d'apoplexie capillaire, introduite dans la pathologie par M. Cruveilhier.

Les autres fractures du crâne que j'ai à vous rappeler étaient toutes accompagnées de quelque circonstance remarquable. Ainsi dans l'une il y avait rupture de l'artère méningée moyenne, dont le trajet était croisé perpendiculairement par une fracture du pariétal (M. Teissier, *B.* 1). Dans une autre fracture siégeant à l'occipital, il y avait un écartement de la suture lambdoïde (M. Fleury, *B.* 1). Dans un autre cas, vous avez vu une fracture de la base du crâne avec disjonction de la suture lambdoïde, fracture du conduit auditif et déchirure du sinus latéral gauche. Cette déchirure avait donné lieu à une hémorrhagie à travers l'oreille gauche. Ce qui vous a surtout frappé dans cette observation, c'est que tant que le sang pût s'écouler à travers le conduit auditif, aucun accident ne survint, tandis que des symptômes graves se manifestèrent

aussitôt que cessant de couler au-dehors, il forma épanchement à l'intérieur du crâne. C'était donc une circonstance heureuse de la fracture avec épanchement, que sa propagation au conduit auditif, et sous ce rapport on peut dire que l'accident avait lui-même établi une contre-ouverture très-favorable.

Parmi les productions variées qui vous ont été offertes comme ayant leur point de départ dans la dure-mère, je placerai en première ligne l'altération qu'on désigne sous le nom de *fungus* de cette membrane. Vous avez vu un fongus pédiculé qui, effectuant son développement à l'intérieur au lieu de se faire jour du côté des os, avait comprimé la partie antérieure de l'hémisphère gauche (M. Prunet, *B*........).

C'etait encore un fongus pédiculé que cette tumeur de la dure-mère qui, ayant détruit la lame criblée de l'ethmoïde, pendait dans l'intérieur des fosses nasales, et aurait pu faire naître l'idée d'un polype si elle eût été aperçue pendant la vie; exemple remarquable de ce que l'anatomie pathologique peut nous apprendre sur la migration et les apparences trompeuses de certaines tumeurs dont on ne soupçonnerait jamais le point de départ, si les données anatomiques ne nous éclairaient à ce sujet (M. Reignier, *B.* 6).

L'existence de deux feuillets dans la dure-mère n'est pas une vérité démontrée pour tous; mais s'il est au pouvoir des altérations anatomiques de démontrer l'existence de ces deux feuillets, c'est bien certainement dans des cas semblables à celui que vous a montré M. Delmas (*B.* 8), et dans lequel un kyste développé dans l'épaisseur de la faux du cerveau, l'avait dédouble avec une parfaite exactitude, lui donnant un aspect que je ne puis mieux rendre qu'en le comparant à celui de la coque bivalve de certaines légumineuses.

Un cas très-curieux de production de matière tubercu-

leuse dans la dure-mère rachidienne, vous a été présenté par M. Patel (*B.......*).

Enfin, Messieurs, une altération de la dure-mère vous a été soumise, offrant des caractères tellement spéciaux, qu'il a paru impossible de la rattacher à aucune lésion connue, et que je me suis vu forcé de la désigner dans vos Bulletins sous le nom de ***lésion particulière, semblant avoir son point de départ dans la dure-mère crânienne.***

Quand on rencontre une lésion anatomique qu'on ne peut faire rentrer dans les cadres déjà connus, il faut d'abord se demander si l'impossibilité qu'on éprouve à classer cette lésion, tient à un défaut d'observation assez attentive, ou bien à ce qu'on ne connaît pas nettement tous les caractères des lésions décrites. Si à ces questions on se croit en droit de répondre par la négative, on est nécessairement conduit à admettre que toutes les familles de lésions anatomiques ne sont pas encore connues et suffisamment décrites. Et certes, Messieurs, l'anatomie pathologique est une science encore trop nouvelle pour qu'on puisse regarder cette proposition comme inadmissible.

Quoi qu'il en soit, dans l'impossibilité d'imposer une dénomination caractéristique à cette altération singulière, notre rôle à nous, c'était de la décrire avec assez de soin pour laisser un terme de comparaison à ceux qui en observeraient de semblables, afin de les mettre à même de fixer le véritable caractère de cette altération, soit en la faisant rentrer dans les cadres connus, soit en formant pour elle une classe spéciale. (*Voy. B.* 5, M. Tessier).

La Société anatomique, plus féconde encore par les matériaux qu'elle peut offrir à ceux qui travaillent, que par les doctrines scientifiques qu'elle établit, a eu cette année l'honneur de voir juger dans son sein une question d'anatomie pathologique d'une haute importance. — A l'occasion d'un cas d'apoplexie méningée (M. Longet, *B.* 3), un des membres de cette Société, M. Baillarget,

vous a lu un mémoire où, en se livrant à une critique judicieuse des faits de ce genre, il démontre péremptoirement que les épanchemens sanguins de l'arachnoïde sont constamment enveloppés par un double feuillet de nouvelle formation ; que le feuillet qui revêt la surface de l'épanchement, du côté du cerveau, a souvent donné le change aux observateurs qui, prenant ce feuillet pour l'arachnoïde, ont cru à la possibilité et à l'existence d'épanchemens sanguins considérables et instantanés entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale ; opinion que répudient formellement les données anatomiques normales sur l'union intime de l'arachnoïde à la dure-mère, mais qui pouvait conserver encore quelques partisans avant que notre collègue en eût fait ressortir l'invraisemblance en signalant les circonstances qui l'avaient accréditée.

M. Tessier (*B.* 6) vous a aussi présenté un caillot dans l'arachnoïde : il vous a fait remarquer que les couches les plus extérieures de ce caillot présentaient plusieurs groupes vasculaires de nouvelle formation, semblant avoir leur centre dans le caillot et leurs ramifications à la périphérie.

Plusieurs cas intéressans des tumeurs encéphaloïdes siégeant, soit à la surface, soit dans le tissu même des centres nerveux, vous ont été présentés. Parmi ceux de la première espèce, je rappellerai une tumeur encéphaloïde située à la base du crâne, et comprimant la moitié droite de la protubérance (M. Tessier, *B.* 6). Une tumeur plutôt fibreuse qu'encéphaloïde, située sur la valvule de Vieussens et de forme pédiculée (M. Reignier, *B.* 5). Une autre tumeur encéphaloïde enchâssée en quelque sorte dans la moitié droite de la protubérance, déterminant la compression de presque tous les nerfs voisins, et offrant ceci de remarquable qu'elle fournissait dans le conduit auditif interne un prolongement qui avait considérablement dilaté ce conduit et atrophié les deux nerfs qui s'y trouvent (M. Boyer, *B.*....). A la même catégorie se rattache

cette tumeur pédiculée de forme olivaire que M. Hardi vous a montrée dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne (*B*. 4).

Deux cas seulement d'encéphaloïde dans le tissu nerveux vous ont été présentés. Dans le premier, la tumeur occupait l'hémisphère droit du cerveau (M. Bell, *B.* 2); dans l'autre, elle siégeait dans la protubérance, et de même que les tumeurs de toute espèce qui se développent dans le voisinage de cette protubérance tout entourée, et qui plus est, toute pénétrée de filets nerveux, celle-ci avait comprimé plusieurs nerfs; circonstance qui, grace à l'observation très-délicate qu'on avait fait des symptômes, vous a mis à même d'apprécier quelques particularités importantes pour l'histoire physiologique de ces nerfs (M. Carré, *B.* 4).

Une production dont la nature n'est pas parfaitement connue, mais qui ne vous a été offerte que dans les centres nerveux, c'est cette matière perlée ou nacrée qui, tantôt sous forme de paillettes semées au milieu d'un tubercule, tantôt sous forme de coque ou de kyste, se rencontre dans les diverses dépendances du système nerveux; on vous a montré cette production sous forme de paillettes, 1.° dans un tubercule compact du cervelet (M. Pégot, *B.* 2); 2.° dans un kyste situé à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau (M. Vernois, *B.* 1).

Vous avez vu un très-beau cas dans lequel c'était la matière nacrée elle-même qui formait l'enveloppe extérieure d'une tumeur qui comprimait le cervelet et avait déterminé une paralysie du côté de la compression (M. Peyrot, *B.* 1).

A côté de ces productions anormales, je placerai deux belles observations ayant pour objet l'un des tubercules développées dans le cervelet et dans la protubérance (M. Bell, *B.* 1); l'autre, deux tubercules de la moelle épinière (M. Eager, *B.* 2).

M. Caseaux vous a présenté un cas d'hypertrophie du cerveau (*B.* 4); M. Saint-Yves, un cas d'atrophie d'un hémisphère cérébral, coïncidant avec l'atrophie de l'hémi-

sphère cérébelleux du côté opposé. Cette coïncidence, que M. Cruveilhier vous a déjà plusieurs fois signalée, semble indiquer quelque relation spéciale, mais peu connue, entre l'hémisphère cérébral d'un côté et l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Enfin, M. Cruveilhier vous a présenté un beau cas d'atrophie de la protubérance et du bulbe rachidien (*B.* 5).

Trois poches ou kystes dont l'origine primitive était probablement un abcès dans les hémisphères du cerveau, vous ont été présentées, toutes trois remarquables par quelque circonstance digne d'intérêt. Dans le premier, il s'agit d'un kyste d'abcès du cerveau présentant à sa surface extérieure une arborisation vasculaire ayant avec les vaisseaux du système général les communications les plus apparentes (M. Tessier, *B.* 6). Dans le deuxième cas, c'est un véritable abcès enkysté du cerveau qui détermina une mort subite en s'ouvrant et en versant le pus dans un des ventricules latéraux (M. Maisonneuve, *B.* 3). Dans le troisième, il s'agit d'une cavité ancienne tapissée par une membrane ayant l'aspect d'un infundibulum, dont le sommet s'ouvrait dans le ventricule latéral, et dont la base était appuyée à un point des parois du crâne où il y avait absence des membranes, destruction de la paroi osseuse, et cicatrice linéaire à la peau (M. Pigné, *B.* 6).

Deux apoplexies de la protubérance vous ont été présentées ; toutes deux avaient fait irruption au-dehors de leur siége primitif ; mais la première s'était ouverte dans le canal rachidien (M. Hache, *B.* 2) ; l'autre dans le quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius (*B.* 8).

Affections diverses de la tête, du col et du thorax. — Une tumeur athéromateuse du cuir-chevelu qui présentait un commencement d'énucléation spontanée, a soulevé la question de savoir s'il s'agissait d'un follicule sébacé gonflé par de la matière athéromateuse, et dont le goulot était en voie de dilatation, ou bien si l'énucléation spontanée de

la matière contenue dans un kyste était due à une ulcération aux parois de ce kyste. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme à ce sujet, vous avez noté l'état parfaitement cicatrisé des bords de l'ouverture à travers laquelle on voyait à nu la matière contenue dans le kyste (M. Reignier, *B.* 3). On vous a présenté une tumeur aqueuse située au grand angle des paupières, et qui aurait pu faire naître quelques doutes sur l'existence d'une tumeur lacrymale (M. Reignier, *B.* 8). Vous avez encore vu une autre tumeur bien autrement remarquable, qui siégeait également au grand angle de l'œil où elle était venue s'ulcérer, tumeur dont on était bien loin de soupçonner la nature et le point de départ, car elle était le résultat de la migration d'un polype des fosses nasales qui s'était fait jour dans l'orbite par la destruction de la lame plane de l'ethmoïde (M. Lenoir, *B.* 4).

Les pièces d'anatomie pathologique de l'œil ont été rares; la seule qui vous ait été soumise avait pour objet une ophthalmie interne des plus intenses sur laquelle vous avez observé la production de fausses membranes sur l'iris; la diffluence et l'état purulent du corps vitré, l'injection sanguine très-vive de la rétine (M. Bondrie, *B....*). Vous avez dû aussi à M. Sichel un travail sur le staphylome postérieur de la sclérotique, travail dans lequel cet ophthalmologiste établit que la cause du staphylome postérieur de la sclérotique réside dans un ramollissement de la sclérotique accompagné d'une adhérence des membranes de l'œil les unes avec les autres (M. Sichel, *B.* 6).

Deux fois vous avez eu sous les yeux des cas d'amputation de la mâchoire inférieure, avec désarticulation d'un des condyles, et vous avez appris que, dans un des cas, cette opération hardie avait été suivie d'une guérison complète et remarquable par sa rapidité surprenante (M. Pauli, *B.....*).

C'est principalement dans les viscères que siégeaient les

acéphalocystes qui vous ont été montrées ; néanmoins vous avez observé leur présence dans une tumeur du col dont l'ablation a été faite par M. Roux (M. Defrance, *B.* 1).

Trois tumeurs du sein dont l'ablation avait été faite sur le vivant, vous ont été présentées ; l'une était d'apparence fibreuse et n'offrait aucune trace de dégénérescence imminente (M. Caffe, *B.* 8) ; une autre formait une masse considérable dans laquelle se trouvaient réunies les diverses formes du cancer ; le squirrhe, l'encéphaloïde, la matière colloïde, mêlées à des foyers sanguins et à des concrétions polypeuses (M. Denonvilliers, *B.* 5). Dans le dernier cas, c'était une tumeur du sein reparaissant après amputation, mais qui ne siégeait point dans la cicatrice de l'opération primitive (M. Defrance, *B.* 1).

Maladies de l'appareil respiratoire. — Vous n'avez eu cette année qu'un seul exemple de cette redoutable affection désignée sous le nom de *laryngite purulente*, et dans lequel on vous a montré sous une muqueuse saine, le cartilage cricoïde largement dénudé et baignant dans le pus (M. Vernois, *B.* 6).

Parmi les encéphaloïdes qui vous ont été présentées comme siégeant dans les organes de la respiration, les unes résidaient dans l'enveloppe du poumon, les autres dans le poumon lui-même. Dans le premier cas se trouvaient, 1.° la tumeur encéphaloïde volumineuse que vous présenta M. Charcelay (*B.* 6), tumeur remarquable en ce que l'excessive minceur de la couche de tissu pulmonaire qui la recouvrait, tumeur du côté de la plèvre, pouvait donner lieu de croire que c'était dans la cavité même de cette membrane que la tumeur avait eu son origine. — Dans un autre cas d'encéphaloïdes multiples formées dans la sub stance du poumon, une circonstance qui a dû frapper votre attention, c'est la présence de concrétions ossiformes ; et en me servant ici de l'expression d'ossiformes, ce

n'est pas pour désigner vaguement une concrétion dure se rapprochant plus ou moins d'un produit calcaire, c'est avec l'intention de vous rappeler que ces noyaux avaient un aspect tellement semblable à celui des os, qu'on les aurait pris, en les voyant isolés, pour des esquilles de fracture (M. Ribes, *B.* 7).

Une seule tumeur encéphaloïde, remarquable par son énorme volume (celui d'une tête d'adulte), a paru s'être développée dans la plèvre, et bien que celle-là ne fût point tapissée d'une couche mince de tissu pulmonaire, vous avez pu remarquer, Messieurs, qu'elle communiquait avec le tissu du poumon par un faisceau vasculaire assez épais. Certainement, je ne crois pas qu'on ait aucun motif pour nier *à priori* d'une manière absolue, la possibilité d'une formation d'encéphaloïde dans la cavité d'une membrane séreuse et par conséquent pour contester à la tumeur dont je parle le point d'origine qu'on lui a assignée. Mais je demanderai si une tumeur qui, développée primitivement sous une couche mince de tissu pulmonaire et qui détruisant par son accroissement ultérieur la couche mince dont elle était revêtue, aurait ensuite effectué son développement dans la plèvre, ne tenant plus au tissu du poumon que par un pédicule ; je demande, dis-je, s'il y a un seul caractère qui pût la différencier de celle que vous a présentée M. Hache. Or, si ce caractère n'existe pas, comment pourrait-on décider que la tumeur en question s'était développée primitivement dans la plèvre. Ce n'est pas seulement à ce cas en particulier que s'adresse ce que je viens de dire, mais s'il est d'une haute importance en anatomie pathologique de déterminer avec précision le point de départ, le foyer primitif des productions nouvelles, toute considération qui peut guider dans des déterminations de cette nature, mérite, ce me semble, une mention spéciale. Le résumé de toute cette discussion, c'est que, de toutes les tumeurs encéphaloïdes soumises à la Société, il n'en

est aucune à l'égard de laquelle nous ayons pu nous croire autorisés à admettre qu'elle eût son point de formation dans la cavité d'une membrane séreuse.

On vous a présenté une pièce très-importante de balle logée pendant vingt-cinq années dans le tissu du poumon, et malgré l'extrême tolérance que semble supposer dans le tissu pulmonaire un enkystement aussi prolongé, vous avez appris que c'est avec accidens causés par la présence de cette balle qu'a succombé le malade (M. Martel, *B.* 6).

M. Hache, (*B.* 6) vous a présenté un cas de double caverne gangréneuse du poumon, et M. Després vous a montré un cas de pleurésie avec fausses membraues dans lequel, bien qu'il n'y eût aucun vestige de fistule pulmonaire, il a entendu le bruit métallique.

Maladies de l'appareil circulatoire. — M. Maisonneuve vous a présenté un cas de péricardite avec fausses membranes, dans lequel on pouvait distinguer deux couches membraneuses d'aspect différent, soit qu'elles appartinssent à deux époques différeutes de formation, soit qu'elles fussent le résultat d'un départ opéré au sein d'un seul et même épanchement (M. Maisonneuve, *B.* 2).

Parmi les exemples d'hypertrophie du cœur qui vous ont été soumis, les uns coïncidaient avec la dilatation des cavités (M. Ribes, *B.* 6), les autres se conciliaient avec un état normal de ces dernières. La plupart de ces hypertrophies étaient exemptes de toute altération de texture; mais une d'elles vous a paru extrêmement remarquable par la conversion en tissu fibreux de la membrane interne du ventricule gauche, ainsi que par l'état coriace et filandreux que présentait le tissu charnu du cœur dans une étendue de quelques pouces (M. Reignier, *B.* 6).

Maladies des artères.—Divers cas d'insuffisance des valvules aortiques vous ont été présentés, sur lesquels vous avez vu que cette insuffisance tenait tantôt à ce que le bord libre des valvules se trouvait dans un état de tension et de rigidité

qui ne permettait plus à ces replis membraneux de s'abaisser suffisamment pour boucher la lumière du vaisseau (M. Brun, *B.* 66); tantôt, à ce que des valvules percées à jour dans leur centre, laissaient retomber à la manière d'un tamis le sang de l'aorte dans le ventricule gauche, et vous avez dû remarquer que cette dernière altération pouvait être envisagée comme la guérison d'une autre maladie, celle qui consisterait dans l'oblitération imminente de l'aorte par des végétations développées sur les valvules (M. Chassaignac, *B.* 1).

Des pièces, se rapportant à l'inflammation des artères vous ont été soumises; je vous rappellerai à ce sujet l'observation que vous communiqua (M. Robert, *B.* 7) d'une inflammation de l'artère brachiale dans un cas de gangrène de la main. Un autre cas plus curieux encore de phlegmasie artérielle très-étendue vous a été présenté par M. Gazalis (*B.* 8); vous avez pu constater dans ce cas la rougeur vive des artères enflammées, la conversion de quelques-unes en cordons fibreux; l'oblitération par caillots sanguins des artères crurale et iliaque primitive; l'oblitération partielle de l'aorte; la présence du pus dans les artères, tantôt au centre d'un caillot et entouré de tous côtés par du sang, tantôt à la surface même des caillots aortiques, et par conséquent se trouvant en nature au contact du sang circulant dans l'aorte, enfin l'épaississement considérable des parois artérielles.

L'inflammation des artères, qui paraît ne pouvoir exister à un degré un peu élevé sans entraîner l'oblitération complète ou incomplète des vaisseaux qu'elle envahit, nous conduit tout naturellement à l'examen des cas intéressans d'oblitération artérielle qui vous ont été présentés. Or, parmi ces cas d'oblitération des artères qui ne coïncidaient pas avec une inflammation actuelle de ces vaisseaux, je vous rappellerai 1.° un cas d'oblitération presque complète du tronc brachio-céphalique par un caillot fibrineux

(M. Brun, *B.* 6). Un autre cas d'oblitération des artères du membre pelvien, dans lequel l'oblitération n'était pas complète, puisqu'au-dessous de troncs oblitérés se trouvaient des artères parfaitement perméables. La perméabilité des vaisseaux paraissait même avoir commencé à se rétablir dans quelques artères par le moyen d'une canalisation au centre des caillots (Reignier, *B* 8). — A côté de cette oblitération, qui était en quelque sorte en voie de guérison, et qui n'était du reste pas complète, je placerai celle que vous a présentée M. Maisonneuve (*B.* 8). Ici l'oblitération était complète, l'état des artères attestait qu'elle devait être ancienne, et en outre elle remontait plus haut dans l'aorte abdominale qu'aucune de celles qui vous ont été présentées cette année. — Il n'est pas douteux, vu l'ancienneté de cette oblitération, qu'un système de circulation collatérale ne se fût établi, mais nous avons à regretter de ne pouvoir spécifier quel en avait été le mode.

Anévrysmes. — En suivant les anévrysmes qui vous ont été présentés, à partir du centre circulatoire, vous avez vu d'abord un cas dans lequel un anévrysme très-volumineux de la première courbure de l'aorte offrait l'imminence d'un double perforation, l'une en avant à travers la peau dans un espace intercostal; l'autre, en arrière, à la paroi antérieure de la trachée (M. Delmas, *B.* 7). La tumeur considérable qui formait l'anévrysme présentait à sa partie antérieure un prolongement ou cordon fibreux creux intérieurement, dont la nature n'a pu être rigoureusement déterminée, mais qui semblerait être un reste de la sous-clavière droite. A ce sujet, on pourrait se proposer une question intéressante à résoudre, c'est la suivante : Quelles sont les altérations que subissent les veines sous-clavières dans les anévrysmes de la première courbure de l'aorte?

Un autre cas qui soulève des questions plus importantes, c'est cet anévrysme de l'aorte dont la dissection a été faite par MM. Denonvillers et Nélaton, cas dans lequel une

poche anévrysmale, communiquant avec l'artère par un orifice retréci, n'offrait aucune trace de rupture aux trois tuniques artérielles. Cette circonstance est tellement en contradiction avec le résultat général des observations d'anévrysme, que la Société anatomique, avant de prendre sous sa responsabilité l'admission d'un pareil fait, renvoya l'examen de la pièce à une commission au nom de laquelle M. Bérard jeune vous fit un rapport qui confirmait en ce qu'elle a de plus important la disposition dont je viens de parler, c'est-à-dire la continuité et l'identité parfaite des tuniques de l'artère et de celles de l'anévrysme.

L'inextensibilité des tuniques interne et moyenne ne permet guère de concevoir comment, même dans un tronc aussi volumineux que celui de l'aorte, elles auraient pu prêter, au point de former une poche du volume que vous avez vu, comment ensuite, ayant prêté à ce point, elles auraient continué à se dilater de telle sorte qu'elles aient pu, sans se rompre, permettre la formation d'un goulot ou collet faisant communiquer l'artère avec le sac anévrysmal. Mais enfin, quand bien même ce fait paraîtrait incompatible avec les propriétés connues des artères, quand bien même il serait contradictoire aux principes que Scarpa a déduits de ses belles recherches, peut-on exiger de ceux qui ont examiné cette pièce avec une juste défiance, qu'ils renoncent au témoignage de leurs seus, et qu'ils révoquent en doute la possibilité de ce fait ? Seulement, je ferai une remarque : s'il est dans la nature de ce cas d'être tellement rare qu'on ne l'ait presque jamais observé, s'il arrivait qu'il ne se reproduisît plus, on conçoit qu'il ne saurait altérer la doctrine qui n'admet *d'anévrysme volumineux et à goulot retréci*, que là où il y a rupture des tuniques interne et moyenne des artères.

En nous éloignant du centre, les anévrysme des artères rentrent dans le domaine de la chirurgie, et M. Boinet, (*B.* 6) vous a lu l'observation très-intéressante d'une des

tentatives les plus heureuses, du moins dans ses résultats immédiats, qui aient été faites dans ce genre. Je veux parler d'un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique pour lequel M. Laugier a pratiqué la ligature de la sous-clavière, opérant ainsi à la méthode de Brasd'or.

Un anévrysme de la sous-clavière que vous présenta (M. Maisonneuve, *B.* ...) offrait un caractère tel qu'on fut conduit à se demander si une tumeur accolée à l'artère ne s'était point fait jour dans l'intérieur du vaisseau, ou bien si la poche s'était développée par le mécanisme ordinaire de la formation des anévrysmes.

Maladies du système veineux. — Vous avez eu sous les yeux plusieurs pièces importantes qui se rattachent à l'inflammation des veines, à la phlébite et par conséquent à une question déjà si savamment étudiée, et dont la solution laisse cependant encore tant à désirer.

M. Tessier vous a présenté un cas d'inflammation des veines crurale et iliaque, sur lequel il vous a montré une fausse membrane située à l'embouchure de la veine iliaque dans la veine cave, ce qui rendait toute communication impossible entre la cavité de cette dernière et celle des veines enflammées. Vous avez eu tout récemment l'occasion de constater l'existence de ces obstacles au mélange du pus contenu dans des veines enflammées, avec le sang renfermé dans des veines encore saines. (M. Fournet, *B.*...) vous a en effet présenté, sur une phlébite spontanée du membre pelvien, un très-bel exemple de ce que je proposerais d'appeler la *séquestration* des veines malades, par les caillots sanguins. Vous avez vu en effet qu'entre le pus renfermé dans les veines du membre pelvien et le sang qui devait circuler dans la veine cave, il existait dans la veine iliaque primitive, un caillot qui fermait tout accès à travers cette veine, formant ainsi un obstacle infranchissable à la transmission directe du pus dans le sang. Je dois rap-

pelcr que M. Tessier a insisté d'une manière spéciale sur ces obstacles que je viens de signaler.

M. Després, (*B.* 5) vous a présenté un eas d'oblitération eomplète de la veine porte qu'oblitérait un caillot sanguin. Par une relation facile à saisir, il y avait une ascite ehez le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie.

Les concrétions osscuses dans les parois des grosses veines ne sont pas très-communes. Vous avez eu l'occasion d'en étudier les caractères dans un cas où la veine cave inférieure présentait à sa surface interne de petites écailles extrêmement fines et différant essentiellement par leur aspect des concrétions qui se rencontrent dans les tuniques des artères (M. Després, *B.* 5).

M. Pouydebat vous a mis sous les yeux un exemple remarquable de varice anévrysmale des veines de l'avant-bras par suite d'une saignée malheureuse : je me bornerai à vous rappelcr à l'oceasion de ee fait deux circonstances bien dignes d'intérêt. C'est, d'une part, que la communi cation anormale n'existait pas de l'artère à la basilique eomme on pourrait le croire, mais bien de l'artère à la veine brachiale profonde, et que cette communication avait lieu au moyen d'un canal parfaitement organisé; c'est, d'une autre part, que la tumeur qui avait paru au pli du coude dans le début de la maladie, s'effaça sous l'influence d'une ligature de la brachiale, et ne s'est pas reproduite, tandis que plus tard on a vu succéder à cette tumeur l'apparition des varices anévrysmales.

Vaisseaux lymphatiques. — Un cas très-remarquable qui vous fut communiqué par M. Petit, (*B.* 8), vous a mis à même de constater la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, à la suite d'une escharre du talon, autour de laquelle s'était formé un érisypèle.

Maladies de l'appareil digestif. — Parmi les altérations nombreuses de l'estomac qui vous ont été sou mises, aucune ne s'est présentée autant de fois que le

cancer de cet organe. Voici les diverses formes sous lesquelles vous l'avez observé : 1.° Dans un cas où il y avait squirrhe de la portion pyloriqne de l'estomac, l'induration siégeait dans la tunique cellulaire sous-séreuse, les autres membranes étaient entièrement étrangères à la maladie (M. Maisonneuve, *B.* 2). 2.° Dans un autre cas, le cancer, siégeant également à la portion pylorique de l'estomac, présentait au plus haut degré la variété gélatiniforme, le tissu étant converti en une espèce d'éponge dont les vacuoles étaient remplies d'une manière analogue à de la colle de poisson à peine figée (M. Vernois, *B.* 7). Dans deux autres cas, le cancer était de nature évidemment encéphaloïde et consistait une fois dans la présence de plusieurs noyaux encéphaloïdes développés sous la muqueuse (M. Vernois, *B.* 2). Une autre fois les productions encéphaloïdes n'étaient pas bornées à l'estomac, mais elles existaient en plusieurs autres points de l'économie, notamment dans l'humérus et dans le sternum, et tandis que, par un mécanisme dont j'ai déjà parlé, une encéphaloïde intrà-médullaire faisait éclater l'humérus en se produisant au-dehors et donnait ainsi lieu à une fracture presque spontanée. D'un autre côté, les encéphaloïdes de l'estomac, amenant par leur ulcération la perforation de cet organe, préparaient un épanchement mortel dans l'abdomen. — Cette observation intéressante et recueillie avec beaucoup d'exactitude, vous a été communiquée par M. Marotte, (*B.* 8).

S'il est une variété de cancer d'estomac dont le diagnostic soit difficile, c'est sans doute celle qui, par la profondeur de son siége, se dérobe à toute exploration à travers les parois de l'abdomen : tel était ce cas très-intéressant que vous a soumis M. Ribes, (*B.* 7), et dans lequel une induration squirrheuse existait le long de la petite courbure, induration remarquable encore en ce qu'elle envahissait les deux orifices à la fois. Quelques détails pré-

cieux relatifs aux symptômes, et qui ont été donnés par M. Ribes, fourniront, je pense, aux pathologistes, des indications d'un haut intérêt.

A côté de ces altérations cancéreuses désespérées et sans ressources, vous avez observé des altérations de l'estomac, dans lesquelles la puissance de réparation des organes détruits ou ulcérés, était portée au plus haut degré qu'elle puisse atteindre. Des pièces nombreuses et importantes vous ont mis à même de vérifier directement plusieurs points de l'histoire de ces belles cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac. Ainsi, vous avez pu observer le mécanisme de leur formation, dans le cas de perforation complète du viscère, et constater cette substitution salutaire par laquelle les organes environnans, devenus solidaires de l'estomac sous le rapport de la continuité, ferment avec leur propre tissu les perforations de ce viscère. Vous avez vu le premier degré de ce travail dans les adhérences que vous a présentées le foie avec le fond de certaines ulcérations de l'estomac qui n'avaient pas complètement perforé l'organe (M. Cruveilhier, *B*....). Vous avez vu ce travail dans toute sa perfection : 1.° Dans un cas où une perforation de la paroi postérieure de l'estomac était tamponnée par le tissu du pancréas (M. Caseaux, *B.* 1); 2.° dans un autre cas où une perforation d'environ doux pouces de diamètre à la paroi supérieure de l'estomac se trouvait obturée par le foie, dont la membrane fibreuse était épaissie et comme lardacée (M. Coymès, *B.* 6).

Mais, quelque satisfaisans que soient les résultats du travail réparateur dans les cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac, vous n'avez pu méconnaître combien de dangers sont inhérens à ces cicatrices. Un des premiers, c'est celui de l'hémorrhagie; ainsi vous avez vu une hémorrhagie de l'artère splénique déterminer la mort dans un cas de cicatrice de l'estomac tamponnée par le pancréas (M. Caseaux, *B.* 1). Un autre cas de mort par hémor-

rhagie provenant d'une cicatrice dont le fond était fermé par le foie (M. Coymès, *B.* 6). Vous avez vu l'hématémèse coëxister avec une ancienne cicatrice de l'estomac (M. Cruveilhier, *B*....). Les cicatrices ont encore cet inconvénient qu'elles peuvent aussi bien que des cicatrices de brûlure, par exemple, déterminer par leur rétraction une attitude recourbée du tronc en avant; elles ont ce danger que, rétrécissant dans certains cas l'orifice pylorique, elles peuvent préparer la rupture de l'estomac sous l'influence des dilatations fréquemment répétées de cet organe, et qu'elles peuvent devenir elles-mêmes le siége de ces ruptures. Tout ce que je viens d'exposer se trouve vérifié de point en point dans la belle observation que vous communiqua M. Cruveilhier d'une cicatrice circulaire du pylore qui détermina la rupture de ce viscère et un épanchement mortel dans l'abdomen (M. Cruveilhier, *B*....).

Deux cas de taches mélaniques à la surface interne de l'estomac vous ont été soumis : dans l'un la coloration était purement tangentielle et ne paraissait liée à aucune autre altération de l'organe (M. Baillarget, *B.* 2); dans l'autre il y avait imprégnation même du tissu de l'organe qui, dans le lieu de la coloration anormale, paraissait ramolli (M. Cruveilhier, *B.* 2.)

Deux beaux exemples des altérations que peut subir l'estomac par l'effet des acides minéraux vous ont été soumis. L'un, dans lequel la mort avait été immédiate; l'autre, dans lequel elle était survenue lentement. Dans ce dernier cas où l'empoisonnement avait été produit par l'acide nitrique, vous n'avez observé rien autre chose qu'une hypertrophie des parois avec rétrécissement du pylore (M. Vernois, *B.* 2). Dans l'autre, qui avait été déterminé par l'acide sulfurique et qui amena la mort au bout de six heures, vous avez vu que la principale altération consistait dans un épanchement sanguin sous-muqueux, dans lequel, le

sang, au lieu d'être uniformément répandu, formait de grosses masses dures et compactes. (M. Cazeaux, *B*....)

Parmi les altérations, presque toutes dignes d'intérêt, qui vous été soumises comme appartenant à l'intestin, vous avez observé 1.° une mélanose des villosités (M. Baillarget, *B*. 2). 2.° une gangrène des valvules conniventes dans une étendue d'environ deux pieds (M. Maisonnenve, *B*. 1) ; 3.° une ulcération de l'intestin grêle ayant la plus parfaite analogie d'aspect avec une ulcération siphylitique de l'utérus existant simultanément; en sorte qu'en supposant qu'on eût pu faire disparaître le substratum de ces ulcérations; on aurait cru infailliblement à une même lésion produite par une même cause dans le même tissu (M. Choisy, *B*. 8) ; 4.° un épanchement sanguin sous-muqueux ayant son origine primitive dans une plaque de Peyer ulcérée (M. Caseaux, *B*. 7); 5.° une invagination de la fin de l'intestin grêle et du cœcum dans le colon avec rupture de l'intestin grêle au-dessus de l'invagination et péritonite mortelle (M. Grisolles, *B*. 4); 7.° un ulcère de l'intestin ayant perforé les trois tuniques et se trouvant obturé par un tampon épiploïque (M. Cruveilhier, *B*. 8); 8.° enfin, deux beaux cas d'étranglement interne, différens par leur cause, mais également remarquables dans leur mécanisme. Le premier, dû à une oblitération de l'intestin, que détermina le passage d'un calcul biliaire de la vésicule dans l'intestin grêle à travers une perforation des parois de ces deux cavités (M. Reignier, *B*. 4). L'autre cas, dû à l'existence d'une double bride, s'étendant de la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du sacrum et dans la duplicature de laquelle une anse d'intestin grêle avait été étranglée (M. Brun, *B*. 6). A ces diverses altérations, je dois joindre un cas assez remarquable d'enduit d'une nature non-déterminée à la surface interne du gros intestin (M. Husson fils, *B*. 5); et ce double anus contre-nature ouvert dans la cavité d'un utérus cancéreux (M. Husson fils, *B*. 6). En me servant

ici de la dénomination de double anus anormal, je dois convenir que c'est seulement pour désigner la présence de quatre orifices intestinaux, dans le foyer cancéreux, sans rien préjuger sur les autres circonstances qui pourraient faire contester à ce cas remarquable la dénomination d'anus anormal.

Les maladies du rectum sortent sous plusieurs points de vue, de la catégorie des lésions du reste du tube intestinal : elles devaient donc être réunies en un même groupe; or, voici celles qui ont principalement fixé votre attention : d'abord, une chute du rectum chez un enfant, pièce qui explique parfaitement ce qu'on doit entendre par l'expression impropre de renversement des trois tuniques. Sur cette pièce, vous avez vu les deux tuniques internes bien évidemment renversées, tandis que la tunique péritonéale, dans l'état de protrusion, venait tapisser le fond de la rigole circulaire qui existe au fond de la duplicature des deux autres tuniques. Il est probable qu'en s'expliquant ainsi, ceux qui ont parlé du renversement des trois tuniques, se seraient épargné des dénégations qui portaient sur le vice de l'expression employée par eux. En effet, la tunique péritonéale descend, elle ne se renverse pas.

A côté des altérations du canal intestinal, viennent se placer naturellement les pièces qui se rapportent aux hernies. Je vous rappellerai à ce sujet les cas suivans : 1.° M. Maisonneuve (*B.* 4) vous a présenté deux anciens sacs herniaires, traversés par une bride épiploïque, se rendant au fond du sac le plus ancien; 2.° vous avez vu une hernie crurale dans laquelle la rupture par gangrène de l'intestin eut lieu au 6.e jour de l'étranglement (M. Desprès, *B.* 2); une autre hernie crurale, remarquable en ce qu'elle présentait deux poches, l'une à l'extérieur de l'abdomen, l'autre à l'intérieur de cette cavité. Entre autres circonstances particulières à cette hernie, vous avez remarqué deux étranglemens : le premier, siégeant à l'anneau crural

et qui avait été levé pendant l'opération ; le second, siégeant à une ouverture annulaire assez étroite, qui établissait la communication entre le sac intrà abdominal et la cavité du péritoine.

Maladies du foie. — Une des altérations les plus curieuses qui vous aient été présentées, c'est cette conversion de l'organe en une masse jaune compacte, ayant au moins le triple du volume ordinaire du foie, et dans lequel on voyait semés çà et là des noyaux non enkystés d'un tissu évidemment érectile : c'est peut-être un des seuls exemples qui ait été offert à la Société de cette double transformation, ayant lieu simultanément dans le tissu du foie (M. Caseaux, *B.* 1). L'enkystement du foie, soit partiel, soit général, est une des altérations qui vous ont été le plus souvent présentées, et vous l'avez observée à toutes les nuances, depuis l'enkystement granulaire dans lequel chaque grain semble avoir sa cellule (M. Peyrot, *B.* 1), jusqu'à l'enkystement lobulaire ou cloisonnement du foie, par des traverses fibreuses, qui isolent des lobules plus ou moins considérables et donnent au foie cet aspect bosselé qu'on rencontre si fréquemment dans la scirrhose. Vous avez pu, dans un cas que vous présenta M. Reignier, constater l'épaisseur considérable des lames fibreuses qui semblent cloisonner le tissu de l'organe (*B.* 8). Enfin, vous avez observé l'enkystement général de l'organe dans un cas d'ascite où le foie, revenu sur lui-même et enveloppé dans des fausses membranes très-épaisses, semblait avoir été condensé sous l'influence d'une forte pression (M. Vernois, *B.* 2). Dans tous les cas d'enkystement soit partiels, soit généraux, vous avez constamment observé l'atrophie générale ou partielle de cet organe. Dans tous ces cas aussi, il y avait altération de la texture.

A quoi tient cette singulière tendance que présente le tissu du foie à l'enkystement ? Est-ce un résultat de sa texture anatomique ou de la nature de ses maladies ? ces

cloisons fibreuses sont-elles le résultat d'une production nouvelle, sont-elles la conséquence de l'atrophie de grains ou de lobules glanduleux dont la disparition permettrait à des lames fibreuses, d'abord séparées, de s'appliquer les unes contre les autres. Enfin, ne seraient-elles point une conséquence de la présence dans le foie de cette membrane spéciale à laquelle on a donné le nom de capsule de Glisson ?

Une altération assez curieuse et peu connue du foie a été présentée par M. Cazalis (*B.* 1.). L'organe avait une compacité, une couleur et une cassure analogues à celle de la cire jaune. M. Stanski (*B.* 6), vous a montré une scirrhose du foie avec dilatation de la veine porte.

Je terminerai l'exposé de ces altérations, en vous rappelant deux observations de cavernes du foie, qui toutes deux avaient eu leur origine primitive dans cet organe, mais qui différaient entre elles par leur nature et par le mode de communication qu'elles avait établie avec les muqueuses. La première était cette vaste caverne cancéreuse qui communiquait avec le duodénum, et formait ainsi dans le sein même du foie un diverticulum dans lequel pénétraient les alimens (M. Pegot, *B.* 2). L'autre était cette poche acéphalocyste devenue purulente, qui, ayant détruit le diaphragme, s'était appropriée une partie considérable du poumon droit. Dans la partie des parois de ce kyste formée par le poumon, vous avez remarqué une calotte épaisse de matière crétacée (M. Laurence, *B.* ...).

Quelques altérations de la vésicule vous ont été soumises. Dans un cas vous avez vu des escharres de ce réservoir membraneux ; dans un autre, vous avez observé un abcès de cette vésicule accompagné d'une dilatation considérable ; et, ce qui vous a paru digne d'attention dans ce dernier cas, c'est qu'aucune adhérence ne s'était établie entre la vésicule et le péritoine, en sorte qu'une rupture eût infailliblement amené l'épanchement du pus dans l'abdomen.

(M. Cruveilhier, *B.* 5). On vous a aussi présenté un calcul biliaire d'un blanc éclatant trouvé dans la vésicule du fiel, et légèrement verdi du côté du canal cystique. A l'aspect de ces calculs biliaires, dépouillés ainsi complètement de matière colorante, on est porté à s'adresser cette question : Des calculs ne pourraient-ils pas se former dans la vésicule après que tout accès dans ce réservoir est devenu impraticable à la bile, et n'y a-t-il pas deux espèces de calculs de la vésicule biliaire, ceux qui sont produits par la bile, et ceux qui seraient le produit spécial de la vésicule, sans intervention de la bile ? Je ne sais si cette distinction a jamais été proposée; si elle n'existait pas, peut-être devait-on la faire.

M. Baillarget (*B*.....) vous a montré au milieu du tissu de la rate, une concrétion dure, à mamelons inégaux, et dont la section offrait un aspect lisse, analogue pour la semi-transparence et pour le poli de la surface, aux pierres dans lesquelles prédomine la silice.

Le même membre (*B*...) vous a présenté un cas remarquable de rupture de l'aorte abdominale, derrière le pancréas et le duodénum, vous avez pu remarquer que le sang avait pénétré dans le mésentère en en décollant les feuillets. M. Guérard (*B.* 8) vous a présenté un cas assez curieux de péritonite chronique. On vous a encore présenté un cas de gangrène du gros intestin par engouement de matières fécales (M. Desprès, *B.* 5); un cas de rétrécissement du rectum avec altération des tuniques de cet intestin, qui étaient inégales et bosselées (M. Tessier, *B.* 3) : il y avait dans ce cas fistule vaginale; — une perforation du rectum par une tumeur encéphaloïde de la cloison recto-vaginale (M. Sonnié-Moret, *B.* 8); enfin un cas très-remarquable de fistule stercorale à travers le sacrum; cas d'autant plus curieux que la tumeur qui amena cette fistule avait commencé sans cause connue et dès l'enfance (M. Tonnelier, . 6).

Une production qui semble affecter pour le rein une prédilection toute spéciale, c'est la transformation vésiculaire ou en kystes séreux. Vous avez pu observer dernièrement un cas dans lequel la totalité du rein était ainsi convertie en une grappe de kystes contenant des liquides de couleur variée (M. Boinet, *B*....). Un cas de tumeurs encéphaloïdes du rein au sein desquelles existaient des collections sanguines à divers degrés de décoloration, et la présence dans la veine rénale d'un sang qui semblait se convertir en encéphaloïde, ont fourni à M. Tessier l'occasion d'avancer quelques propositions qui sont consignées dans le Bulletin N° 6, et dont il a promis de faire l'objet d'un travail particulier. — On vous a présenté chez un sujet qui avait des tubercules pulmonaires, un kyste hydatique développé dans le rein (M. Rippault, *B.* 6). M. Sestier (*B.* 5), vous a présenté un cas remarquable de dilatation d'un bassinet et d'un uretère, sans cause appréciable de stagnation de l'urine dans ces cavités. Enfin vous avez dû tout récemment à M. Taupin une belle observation de maladie de Bright. Indépendamment des autres altérations anatomiques qui appartiennent à cette maladie, on vous a fait remarquer que la surface du rein offrait des taches rouges, déprimées, au niveau desquelles la substance corticale était presque totalement détruite.

M. Larcher (*B.* 8) vous a communiqué un cas de foyer gangréneux de la prostrate co-existant avec la présence de calculs prostatiques taillés à facettes. Vous avez vu un cas de fausses routes pratiquées dans la prostate chez un individu qui n'avait autre cause de rétention d'urine que la présence d'un abcès enkysté dans le voisinage de l'urèthre (M. Defrance, *B.* 1). Enfin on vous a communiqué deux cas d'interruption des parois de l'urètre (M. Caseaux, *B.* 7; M. Cazalis, *B.* 7).

Divers cas de production de tubercules dans l'appareil spermatique de l'homme, vous ont été soumis. Ainsi vous

avez vu, 1.° des tubercules de la vésicule séminale chez un phthisique qui avait un écoulement urétral (M. Reignier, *B.* 8); des tubercules dans l'épididyme du même sujet (*id. id.*); des tubercules du testicule (*id. id.*). On vous a aussi présenté des tubercules du testicule qui avaient été recueillis chez un enfant de cinq ans. Sur l'un des testicules, un trajet fistuleux semblait attester l'élimination qui s'était faite d'un tubercule testiculaire, tandis que dans le testicule opposé existait encore un tubercule à l'état d'intégrité parfaite (M. Nélaton, *B.* 8). Un seul cas de cancer du testicule vous a été présenté, et les renseignemens fournis sur l'histoire du malade vous ont appris qu'au fur et à mesure de la progression ascendante de la tumeur vers l'anneau, dans lequel il s'engageait déjà avant l'opération, une hernie inguinale existant des deux côtés s'était spontanément réduite (M. Monod, *B.* 3).

L'étendue déjà trop considérable de ce travail ne me permet pas de vous présenter autre chose qu'une rapide énumération des altérations multipliées et curieuses qui vous ont été présentées dans l'appareil générateur de la femme. Ainsi vous avez vu, 1.° une rupture du col de l'utérus par cause mécanique (M. Mavré); 2.° une autre rupture de l'utérus, qui s'était effectuée dans la cavité péritonéale par suite de la fonte purulente d'un polype volumineux de cet organe (M. Fourcade, *B.* 2); 3.° une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure du col utérin, et simulant une tumeur fibreuse de l'ovaire (M. Pegot, *B.* 1); un col utérin cancéreux (M. Denonvilliers, *B.* 2); une récidive du cancer utérin chez une femme qui avait déjà subi l'amputation du col de cet organe (M. Rippault, *B.* 1); un autre cas de cancer dans lequel le corps du même organe converti en un vaste cloaque, était l'aboutissant de deux ruptures du canal intestinal, l'une siégeant dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin (M. Husson fils); des tubercules développés dans le corps de l'utérus chez une femme phthi-

sique (M. Hardy, *B.* 4) ; un abcès enkysté de la cavité utérine avec oblitération du col (M. Husson, *B.* 2) ; des petits kystes séreux développés dans la lèvre antérieure du col utérin (M. Sonnié-Moret, *B.* 8) ; une fausse membrane formée à la surface interne de l'utérus, chez une femme de 76 ans qui avait dans le corps et à la surface interne de ces organes des productions fibreuses (M. Vernois, *B.* 6).

On vous a présenté deux cas fort remarquables de grossesse tubaire dans lesquels la rupture de l'œuf avait eu lieu à des époques différentes de la grossesse, mais qui eurent toutes les deux ceci de commun que la rupture de l'œuf fut accompagnée d'une hémorrhagie abdominale qui détermina la mort en quelques heures (M. Dupré, *B.* 1, M. Caseaux, *B....*).

Enfin, on vous a montré un cas dans lequel la trompe, remplie d'une matière tuberculeuse, avait été le point de départ d'une leucorrhée dont on était loin de soupçonner pendant la vie la nature et la source (M. Pégot, *B*, 6). A ce sujet, je demanderai à hasarder une conjecture que semble justifier l'analogie. Vous vous rappellez que M. Reignier vous présenta de la matière tuberculeuse dans les vésicules séminales; or, serait-il impossible que si chez la femme une leucorrhée tuberculeuse peut avoir sa source dans la trompe, il ne pût arriver que chez l'homme une gonorrhée tuberculeuse eût sa source dans la vésicule séminale. Je sais que l'espace qu'aurait à parcourir la matière tuberculeuse dans ce dernier cas est beaucoup plus considérable. Mais enfin, je ne crois pas que cette supposition soit absolument dénuée de vraisemblance.

Ici, Messieurs, un rapprochement naturel se présente entre les altérations des parties génitales internes de la femme et celles des produits de la génération. Sous ce rapport, je dois mentionner la présence des tubercules dans le placenta d'une femme phthisique et qui avait aussi

des tubercules dans l'utérus (M. Hardy, *B.* 4) ; la transformation hydatidaire du placenta avec atrophie du fœtus (M. Caffe, *B* ...) ; divers cas de spina bifida qui vous ont été présentés par M. Lebiberder (*B.* 5) ; et un cas remarquable de céphalœmatome que vous a montré M. Valleix (*B.*...).

Quant aux altérations observées dans les parties génitales externes de la femme, je me bornerai à citer 1.° un cas très-curieux de tumeur encéphaloïde développée dans la cloison recto-vaginale et s'étant ulcérée du côté du rectum (M. Sonnié-Moret *B.* 8) ; 2.° un cas de perforation cancéreux de la même cloison recto-vaginale (M. Reiguier, *B.* 4) ; enfin, une gangrène des parties génitales chez les jeunes enfans, simulant des ulcérations syphilitiques.

Telle a été, Messieurs, l'abondante collection de faits qui vous a passé sous les yeux dans le cours de cette année. Profondément convaincu que si toute Société scientifique n'a d'existence que par ses travaux, elle n'a, d'un autre côté, d'importance et d'utilité pratique que par l'usage qu'on peut faire des matériaux qu'elle apporte à la science, j'ai été guidé dans la rédaction de mon travail par ce principe ; qu'il fallait avant tout, dans un compte rendu, faciliter l'usage des matériaux dont il renferme le dénombrement. En deux mots, généraliser, dans de justes limites, des faits que le hasard a rassemblés, les ranger par catégories et indiquer scrupuleusement leur source, afin d'en faciliter la recherche et de rendre à chacun ce qui lui est dû ; tel a été le but constant de mes efforts. Si, pour atteindre ce but, j'ai cru devoir m'éloigner de la marche adoptée par mes honorables prédécesseurs, je déclare ici que ce n'est pas pour la puérile satisfaction de faire différemment des autres, et moins encore dans la pensée d'exercer une critique indirecte sur les travaux de ceux qui m'ont précédé.

Je croirais, Messieurs, manquer à une des conditions de mon mandat, si je terminais ce compte-rendu de vos séances sans rendre à celui qui les a dirigées un juste tri-

but d'éloges et de remercîmens pour la manière dont il a exercé au milieu de nous cette magistrature toute de bienveillance et de conciliation qui lui mérite à un si haut degré notre affection et notre estime. C'est seulement à la condition d'une liberté absolue des discussions, que peut prospérer une Société où se trouvent des jeunes gens qui ont déjà un noble instinct de leur indépendance. Une telle Société ne peut se maintenir que sous un patronage qui s'exerce par la persuasion, par une entière impartialité, par un scrupuleux respect des droits de chacun, et par une bienveillance de tous les instans; à tous ces titres, Messieurs, la Société anatomique n'a, j'en ai la conviction, aucun désir à former.

Mémoire sur plusieurs points de la respiration; par P. N. Gerdy, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.*

Le physiologiste étudie les phénomènes de la vie de plusieurs manières; tantôt il les observe *simplement* sur lui-même, sur un homme ou sur un animal, sans les avoir provoqués par aucun artifice; tantôt il les observe sur lui-même en les y développant par sa propre volonté quand ces phénomènes sont sous la dépendance de la volonté; d'autres fois, il les provoque par l'expérimentation ou l'expérience sur l'homme ou les animaux; dans certains cas, il observe ces phénomènes en gros ou en masse et sans analyse; dans d'autres, il examine d'abord s'ils sont *complexes*, et s'ils le sont, il en étudie, un-à-un et tour à-tour, chaque élément pour le bien connaître. Parfois, se servant beaucoup plus de ses sens que de son esprit, il regarde beaucoup, il réfléchit peu, et il raisonne moins

encore ; parfois, au contraire, se servant autant de ses sens que de son esprit, il observe autant qu'il raisonne, et réfléchit autant qu'il regarde. Enfin, souvent il interroge la structure des organes pour comprendre et deviner, par l'analyse de leurs élémens matériels et par le raisonnement, les actions que leur disposition matérielle et leurs propriétés leur permettent d'exécuter. Employer tous ces moyens et toutes ces méthodes pour arriver à la connaissance des phénomènes de la vie, c'est parcourir toutes les voies qui peuvent y conduire et multiplier les chances de succès. C'est aussi ce que nous avons fait dans nos recherches de physiologie.

On a cru que nous repoussions la méthode expérimentale, les expérimentations faites sur les animaux vivans, que nous fermions les yeux à l'éclat des lumières qu'elles fournissent ; mais comment a-t-on pu nous adresser un pareil reproche ? N'avons-nous pas placé en tête de notre *physiologie* cette épigraphe assez claire : « Depuis la fin du dernier siècle, la physiologie emploie exclusivement le même moyen de recherches.... Elle paraît n'en plus connaître d'autre que l'expérimentation. Notre physiologie ne sera point exclusive.... Comme nous avons plus d'une voie pour arriver à la vérité, elle les explorera toutes sans exceptions. » Pourquoi donc nous accuse-t-on de rejetter les expériences sur les animaux vivans ? Est-ce par cela seul que nous n'employons pas exclusivement cette méthode ?

Cependant, quoique nous n'en repoussions aucune, nous l'avouerons, il en est quelques-unes que nous avons plus employées que les autres. C'est l'observation de soi-même, l'observation analytique, l'étude de la structure des organes, et le raisonnement. Elles forment ensemble une méthode complexe ; je l'appellerai en abrégé, la méthode *analytique rationnelle*. Beaucoup d'autres physiologistes l'ont employée avec succès, mais personne peut-être n'en a fait usage aussi constant dans aucun temps. Aussi me permet-

trai-je parfois de l'appeler *ma méthode*, comme si le grand usage que j'en ai fait, comme si les nombreuses découvertes que je lui dois, me l'avaient rendue propre et toute particulière. C'est aussi parce que la méthode des vivisections est seule en honneur de nos jours, que par reconnaissance pour les lumières que je dois à l'étude analytique rationnelle, j'ai accusé la méthode des expériences sur les animaux vivans d'être trop exclusivement employée. Et comment ne serais-je pas enthousiaste de la méthode analytique rationnelle quand je puis prouver qu'elle change la face de la science par le grand nombre de faits qu'elle y ajoute ou qu'elle éclaircit? Le mémoire suivant fournira une preuve de ce que je viens d'avancer. Parmi toutes les observations et tous les faits de physiologie générale, et de physiologie pathologique et chirurgicale en particulier que je à la dois méthode analytique rationnelle, je ne citerai pour le moment que les recherches sur quelques points de la respiration.

Pour le moment, j'appliquerai ma méthode, qu'on me permette cette expression, à l'étude et à la démonstration d'un phénomène très complexe : celui de la respiration.

De la respiration. – Ce phénomène est complexe et comprend, 1.° le besoin de respirer; 2.° les phénomènes mécaniques de la respiration, et 3.° les phénomènes chimiques; nous ne parlerons que des premiers.

Du besoin de respirer. — En étudiant ce phénomène sur moi-même, et par l'analyse, je le trouve composé de deux autres. En effet, 1.° j'éprouve en résistant au besoin de respirer une sensation singulière que chacun peut connaître par une expérience simple et facile, et 2.° je suis agité de mouvemens inspiratoires involontaires. La sensation naît dans la poitrine et se propage ensuite à tout le corps, mais plus spécialement au périnée et au pénis, où elle n'est pas sans volupté. Voilà des faits qui m'ont paru constans,

Du moins toutes les fois que j'ai résisté assez longtemps au besoin de respirer, j'ai éprouvé la même succession de sensations.

Suivant un auteur qui n'a pas compris ce que j'ai dit à ce sujet dans la préface de ma *Physiologie*, page 56 (1), je penserais qu'il existe quelque sympathie entre la sensation du besoin de respirer et certaines sensations agréables qui se développent au périnée et dans les organes génitaux: .... et il serait plus juste de les attribuer à la moelle-épinière. D'abord, je n'ai point parlé de sympathie; j'ai annoncé tout simplement les sensations que l'on éprouve dans la circonstance indiquée. J'ai ajouté : Ces sensations voluptueuses expliquent les érections et les éjaculations que l'on observe chez les pendus. Eh bien ! peut-on nier qu'il n'y ait un frappant, un remarquable rapport entre les sensations de volupté, les érections et les éjaculations dont nous venons de parler. Quoi ! je serais obligé de prouver que les excitations voluptueuses des organes de la génération donnent lieu à des phénomènes d'érection !

Les mouvemens involontaires d'inspiration ou d'aspiration ne se manifestent que lorsque le besoin de respirer est devenu très-vif et très-pressant. Ils se manifestent par des efforts de plus en plus puissans, de plus en plus énergiques, dans les narines, la gorge et les parois de la poitrine surtout, que l'activité mystérieuse de l'instinct agite avec violence et même malgré la volonté. Il est probable que ces efforts toujours croissans finiraient par l'emporter sur l'action constringente de la glotte malgré la volonté la plus opiniâtre et la plus ferme, et que personne ne peut retenir son haleine jusqu'au point de se faire mourir de suffocation ou d'asphyxie.

Le besoin que l'on éprouve lorsqu'après une longue aspiration, et la poitrine pleine d'air, on s'efforce pendant un

(1) Bérard, *Physiologie par Richerand*, tome II, p. 19.

certain temps de ne pas respirer, me paraît être le même que celui qu'on ressent lorsque, les poumons étant vidés par une forte expiration, l'on éprouve le besoin de respirer. Du moins, si l'air renfermé dans les poumons concourt à l'y faire naître par son action, l'expulsion partielle ou totale de l'air qui les dilate ne soulage pas sensiblement.

Des phénomènes mécaniques de la respiration. — Ces phénomènes consistent dans la dilatation et le resserrement alternatifs de la poitrine, et les uns sont l'inverse des autres; aussi, il nous suffira de décrire ceux de dilatation pour les faire connaître tous.

De la dilatation de la poitrine. — La dilatation de la poitrine se fait sous l'influence d'efforts musculaires dont je ne veux pas plus m'occuper ici que des efforts musculaires qui coopèrent par fois au resserrement de la poitrine dans l'expiration. Il y a dans ce phénomène qui est fort complexe, agrandissement de la cavité du thorax d'avant en arrière, d'un côté à l'autre, et de haut en bas, et cette dilatation générale résulte des mouvemens du diaphragme, du sternum et des côtes. Je me propose d'analyser ici les mouvemens de ces os. Car, quoique cette question ait été débattue entre les plus grands physiologistes, et que sa solution leur ait présenté des difficultés insurmontables, j'ose dire qu'elle ne résistera pas à l'analyse logique ou rationnelle, et en démontrera la puissance.

Tout le monde sait que, suivant Haller, la première côte est la plus fixe, et que les autres sont d'autant plus mobiles, qu'elles sont plus inférieures.

Tout le monde sait aussi qu'un des plus illustres physiologistes français, M. Magendie, prétend, au contraire, « que la mobilité (des côtes), va décroissant depuis la première jusqu'à la septième. » Il assure même que cela est de toute évidence. Il faut pourtant convenir que si le fait était de toute évidence, le plus grand des physiologistes, et l'un des plus

grands hommes que les sciences aient jamais vus, aurait dû l'apercevoir. Mais à quoi peut tenir une aussi considérable divergence d'opinion entre deux hommes aussi distingués qui ont tous deux consulté l'expérience et examiné la chose avec une grande attention ? Elle tient à ce qu'ils n'ont pas examiné les mouvemens des côtes, et à ce qu'ils ne se sont pas assez servi de l'analyse et du raisonnement. L'examen successif des mouvemens du sternum et des côtes va, je crois, le démontrer.

Mouvemens du sternum. — Cet os exécute des mouvemens qui se réduisent, par l'analyse, à des mouvemens d'ascension, de projection et de bascule.

Le *mouvement d'ascension* est à peine sensible ou entièrement insensible dans la respiration ordinaire; mais quand elle se fait avec activité, le sternum s'élève, d'après mes observations, de près d'un pouce, et le résultat est à-peu-près le même, que l'on mesure ce mouvement à l'une ou à l'autre extrémité de l'os.

Le *mouvement de projection* porte le sternum en avant, et l'y porte tantôt également dans tous les points de sa longueur, tantôt davantage par son extrémité inférieure, en sorte qu'alors le sternum éprouve à-la-fois *un mouvement de projection* et *un mouvement de bascule.*

Le pelvimètre ou compas de Baudelocque, dont les deux branches décrivent, chacune de leur côté, un demi-cercle; et ensemble un grand cercle capable d'embrasser aisément la poitrine, permet de s'en assurer avec la plus grande facilité. Si l'on place l'extrémité de l'une de ses branches dans la gouttière du dos, et l'autre devant le sternum, à différentes reprises successivement, tandis que le malade respire largement, on s'assure que le mouvement de projection est aussi de près d'un pouce, et qu'il y a tantôt simple projection, tantôt en même temps bascule du sternum. Cet os n'exécute donc pas seulement un mouvement de bascule, comme on l'enseigne généralement.

Les mouvemens dont je viens de parler sont habituellement produits par le mouvement d'ascension des côtes : dans la respiration volontaire la plus forte, les muscles sus-sterniens paraissent, du moins au toucher, complètement inactifs.

Mouvement des côtes. — L'analyse prouve qu'ils consistent en des mouvemens d'ascension ou d'élévation, et en des mouvemens de rotation.

L'élévation est un mouvement de rayon. Les côtes tournent autour d'un axe horizontal qui traverse leur extrémité postérieure de dedans en dehors, tandis qne leur extrémité antérieure décrit de bas en haut une portion de cercle. Dans ce mouvement les côtes tendent toutes à devenir horizontales ou perpendiculaires à la colonne vertébrale, à laquelle elles sont fixées d'une manière un peu lâche par leur extrémité postérieure. Mais s'élèvent-elles autant les unes que les autres ? Voilà une question fondamentale pour la solution de celle du mouvement total des côtes. Eh bien ! raisonnons un peu : les sept premières côtes sont fixées au sternum, les unes au-dessus des autres, d'une manière assez solide pour qu'on puisse assurer qu'elles ne peuvent ni se rapprocher, ni s'écarter les unes des autres par l'extrémité antérieure. Enchaînées ainsi les unes aux autres par le sternum, elles ne peuvent s'élever l'une sans l'autre, et quand la première s'élève d'un demi-pouce par son extrémité antérieure, les six côtes suivantes et le sternum s'élèvent nécessairement de la même quantité. *Donc les sept premières côtes s'élèvent ensemble et d'une quantité absolument égale, par leur extrémité antérieure ;* en un mot, leur élévation absolue est la même. Mais y a-t-il de la différence pour les 8.ᵉ 9.ᵉ et 10.ᵉ qui s'articulent les unes avec les autres, et de plus avec le sternum, par l'intermédiaire de la 7.ᵉ? Je ne le pense pas, car c'est comme si la 7.ᵉ qui les prolonge et qui les unit ou les rattache au sternum antérieurement, ne faisait que les continuer directement par

continuité de substance. Elles sont obligées de la suivre dans son ascension, parce qu'elles y tiennent médiatement ou immédiatement. Les 11.e et 12.e côtes sont plus indépendantes que les précédentes, parce qu'elles ne sont point enchaînées comme les sept premières le sont l'une à l'autre par le sternum. Mais puisque les côtes présentent à leur extrémité antérieure *une élévation absolue* qui est la même pour toutes, comme elles sont d'autant plus longues, qu'elles sont plus inférieures, elles doivent nécessairement se mouvoir d'autant moins dans leur articulation costo-vertébrale, et s'élever d'autant moins par les différens points de leur longueur, à une même distance de la colonne vertébrale, qu'elles sont plus inférieures. En un mot, leur *élévation relative* est d'autant moindre que les côtes sont plus inférieures, c'est-à-dire, plus longues, ou, pour parler plus exactement, elle est en raison inverse de la distance comprise entre les extrémités de l'arc de chacune des côtes, les cartilages y compris. Il est clair qu'il faut faire abstraction des côtes flottantes, et peut-être même à la rigueur, des autres fausses côtes dans l'application de ce principe.

La *rotation* des côtes est un mouvement par lequel la convexité de leur axe s'élève, par lequel leur plan, dirigé en bas et en dehors, tend à devenir perpendiculaire à l'axe de la poitrine. Elles tournent comme si elles le faisaient autour d'une ligne qui passerait par leurs deux extrémités.

Dans ce mouvement, le cartilage de chaque côte se comporte comme s'il faisait partie de l'os. Il constitue, en effet, avec la côte, un levier brisé, étendu des vertèbres au sternum immédiatement, pour les sept premières et médiatement pour les sept dernières.

Dans ce mouvement, la convexité de la côte est soulevée par les muscles inspirateurs; le mouvement se propage jusqu'aux articulations, et les ligamens y résistent presqu'aussitôt qu'il commence. Le mouvement s'accomplit alors aux dépens de ces mêmes ligamens qu'il tord ou dis-

tend, et aux dépens des cartilages costaux qui se tordent ou se plient, selon qu'ils suivent plus ou moins exactement l'arc de la côte qu'ils prolongent.

Mais ce mouvement est-il le même dans toutes les côtes? Pour répondre à cette question, examinons les une à une, depuis la première jusqu'à la dernière; mais examinons-les liées ensemble par le sternum et les vertèbres, comme elles le sont réellement, et non isolées les unes des autres par une section faite dans un point de leur longueur, comme l'a fait M. Magendie. Or, en procédant toujours par voie d'analyse, nous sommes frappés de plusieurs faits remarquables: 1.° la convexité de la première côte et le plan de sa courbure, par conséquent, sont dirigés en dehors directement; 2.° à cause de cette direction, si la convexité de cette côte s'élevait par un mouvement de rotation, le diamètre transversal de la cavité de la poitrine diminuerait entre la première côte droite et la première gauche, par le rapprochement que ces deux os éprouveraient. Si l'on cherche à produire ce mouvement sur le cadavre d'un adulte, et surtout d'un vieillard, on ne peut y parvenir, parce que le cartilage gros et court de la première côte est inflexible et ossifié. 3.° Enfin, par suite de ces dispositions, la première côte ne participe pas sensiblement ou ne participe point du tout au mouvement de rotation.

Si maintenant nous examinons successivement et de la même manière toutes les côtes suivantes; si nous analysons successivement par l'expérience sur le cadavre, et si surtout nous apprécions par le raisonnement, 1.° les effets de la direction du plan ou de la convexité de chaque côte; 2.° de l'angle de leur union avec leur cartilage de prolongement; 3.° de la longueur de ce cartilage; 4.° de la mobilité que chacune de leurs articulations présente pour le mouvement de rotation, nous sommes encore frappés de plusieurs faits qui jettent un grand jour sur la solution de la question proposée. La direction de leur plan ou la convexité de leur

courbure regarde d'autant plus en bas et en dehors, qu'elles sont plus inférieures, et leur permet, en se relevant, d'agrandir d'autant plus le diamètre transversal de la poitrine ; d'ailleurs les côtes forment avec leurs cartilages des angles d'autant plus aigus, et leurs cartilages sont d'autant plus longs, et par conséquent d'autant plus souples et plus flexibles, que les côtes sont plus inférieures. Or, il résulte de toutes ces dispositions, que si le mouvement de rotation est nul dans les deux premières côtes, il devient de plus en plus sensible dans les suivantes jusqu'à la 7.e

Si nous poursuivons notre examen dans les 8.e, 9.e et 10.e côtes, nous trouvons qu'elles exécutent encore plus librement le mouvement de rotation, parce qu'elles forment, par l'intermédiaire de la 7.e, des arcs encore plus étendus. Peut-être aussi n'éprouvent-elles qu'un mouvement d'écartement ou de renversement en dehors, à chacune de leurs articulations antérieures, par suite de la disposition de ces jointures. Quant aux 11.e et 12.e, elles sont trop indépendantes des précédentes, par leurs connexions, pour que l'on puisse, avec assurance, les soumettre aux mêmes lois.

Il résulte de toutes ces observations et de tous ces raisonnemens, que *la rotation des côtes est d'autant plus étendue qu'elles sont plus inférieures.* Maintenant que nous avons analysé chacun des mouvemens élémentaires des côtes, voyons si nous pourrons parvenir à résoudre le problême de la mobilité comparative des côtes supérieures et des inférieures.

Il est clair que, si l'excès du mouvement ascensionnel des premières sur les dernières est égal à l'excès du mouvement de rotation des dernières sur les premières, il y a égalité de mouvement pour les unes et pour les autres. Mais cette égalité existe-t-elle ? Pour répondre à cette question, il faudrait que les deux mouvemens fussent de même

espèce. Mais tandis que l'un est un mouvement d'ascension, l'autre est un mouvement de rotation. Il est vrai pourtant que si, dans l'ascension, les côtes s'élèvent et décrivent des arcs de plus en plus étendus, par les différens points de leur longueur, depuis leur extrémité postérieure jusqu'à l'antérieure, les mêmes os s'élèvent encore dans le mouvement de rotation, et décrivent, dans les différens points de leur longueur, des arcs de plus en plus étendus, depuis leurs articulations antérieure et postérieure jusque vers le milieu de leur longueur.

Néanmoins, je ne les comparerai pas davantage, et je me bornerai à en faire observer le résultat. Or, 1.° tandis que l'élévation des côtes n'est pas sensible dans la respiration ordinaire, la rotation est manifeste ; 2.° tandis que le sommet de la poitrine ne s'élève à peine d'un pouce à l'extrémité supérieure du sternum, et gagne aussi près d'un pouce d'avant en arrière dans les plus grandes inspirations, la base se dilate de deux pouces transversalement, d'un pouce d'avant en arrière, et s'élève d'un pouce. Enfin, au total, il y a en tout temps plus de mouvement à la base qu'au sommet de la poitrine, il y a même plus de mouvement à la base qu'au sommet dans la respiration ordinaire, puisqu'alors les côtes supérieures n'exécutent pas de mouvement sensible ; mais c'est surtout quand la respiration est très-active, qu'il y a plus de mouvement dans les côtes inférieures, comme on le voit d'une manière frappante dans les animaux haletans.

En résumé : 1.° Le sternum a trois mouvemens, l'un d'ascension, l'autre de projection en avant, et un mouvement de bascule ; 2.° les côtes ont en général deux mouvemens, l'un de rotation et l'autre d'ascension. Le mouvement de rotation, nul probablement dans les premières côtes, devient de plus en plus grand depuis la première jusqu'à la septième ; au-delà, jusqu'à la dixième inclusivement, il croît encore, ou du moins les côtes y sont plus mo-

biles par suite d'un mouvement de diduction. Le mouvement d'ascension des côtes est absolu et relatif ou proportionnel. Le mouvement d'ascension absolu est le même pour toutes les dix premières côtes, à leur extrémité antérieure ; mais le mouvement relatif ou proportionnel est de plus en plus grand depuis la dixième côte jusqu'à la première, et il est en raison inverse de leur longueur, ou mieux de la distance de leurs articulations postérieures à leurs extrémités antérieures. Enfin, il y a un mouvement total plus grand à la base qu'au sommet de la poitrine, dans la respiration ordinaire, même en tenant compte de la différence de longueur des côtes ; et encore un mouvement absolu plus considérable dans les côtes inférieures, quand la respiration est très-active et très-énergique.

Que devient, pour tant de différences de mouvemens à analyser et à apprécier, une proposition générale qui n'est précédée d'aucune analyse, d'aucune distinction? Les propositions inverses de Haller et de l'illustre physiologiste français que j'ai signalées, savoir : *les côtes sont d'autant plus mobiles qu'elles sont plus inférieures;* ou, au contraire, *d'autant plus mobiles qu'elles sont plus supérieures*, ne signifient plus rien. En effet, la première s'appliquerait très-bien au mouvement de rotation; la seconde, au mouvement relatif d'élévation, et aucune ne peut s'appliquer à l'ensemble des mouvemens du thorax, puisque ni l'une ni l'autre ne sont la conséquence de leur analyse.

Observation de tissu encéphaloïde développé à la place du cal dans une fracture du fémur, avec quelques réflexions sur ce sujet; par M. Coliny, *D. M. P. à Nancy.*

L'observation qu'on va lire m'a paru digne d'intérêt, non pas à cause de la rareté du tissu qu'on a trouvé, mais

parce qu'on peut y voir une maladie du cal ou plutôt un tissu accidentel se développant au lieu du cal. Cette explication est susceptible de controverse, aussi me suis-je gardé de conclure. Trop inexpérimenté, je n'ai osé présenter que quelques réflexions que je prie le lecteur de juger avec indulgence. Je n'ai donné que les circonstances les plus générales de l'histoire de la maladie; mais pour les détails anatomiques, j'ai été aussi précis et le moins incomplet qu'il m'a été possible.

Dans le courant de septembre 1833, on apporta à l'hôpital St.-Charles de cette ville une femme de 68 ans, d'une faible constitution, pâle et grêle; elle était affectée d'une fracture de la partie supérieure du fémur droit; de plus elle présentait une tuméfaction considérable de la partie droite du corps thyroïde : cette tumeur était mobile sous la peau qui n'offrait aucun changement de couleur, elle ne causait qu'une gêne médiocre. Le matin du jour où on amena la malade à l'hôpital, elle descendait seule de son lit, se baissait pour uriner, lorsqu'au moment d'atteindre le vase, elle sent un craquement de la cuisse droite et tombe, on fut obligé de la remettre au lit. J'ai dit qu'elle avait une fracture de la partie la plus supérieure du fémur qui fut facilement diagnostiquée par M. le professeur Simonin, chirurgien en chef.

Cette femme fut placée et maintenue convenablement sur le double plan incliné; elle y resta plus de deux mois: au bout de ce temps, il y avait raccourcissement du membre; la pointe du pied se portait encore en dedans. Mais une tumeur assez résistante s'était développée au lieu de la fracture avec toutes les apparences d'un cal un peu difforme; les fragmens ne faisaient plus entendre de crépitation, et on semblait imprimer au membre un mouvement de totalité lorsqu'on l'examinait. La malade garda la position horizontale, un bandage roulé fut appliqué sur le membre pendant plusieurs mois; enfin, s'ennuyant à l'hô-

pital, cette femme en sortit sans s'être levée, au mois d'avril 1834.

Elle y fut rapportée le mois suivant; elle éprouvait des étouffemens violens, et la suffocation paraissait imminente: le volume du goître était devenu énorme, il repoussait la tête en arrière, s'étendait depuis le symphyse du menton jusqu'à l'oreille et dépassait en bas la clavicule; la carotide paraissait poussée en dehors; on sentait des battemens très-prononcés qu'on pouvait attribuer à cette artère, dans la partie moyenne et latérale du col vers le bord externe du trapèze; la tumeur présentait à sa partie inférieure une fluctuation manifeste, la malade n'y accusait que peu de douleur; il y avait de la fièvre, de la toux, une expectoration peu abondante, anorexie. La malade nous apprit que, quelques jours auparavant et sans cause connue, son goître s'était subitement accru comme nous le voyions, et que c'était de cette époque que datait la suffocation. Des moyens propres à calmer la toux furent employés, mais la malade demandant avec instance un soulagement plus prompt, on fit avec un trocart une ponction à la partie inférieure de la tumeur; il en sortit un demi-verre de sérosité citrine qui devint bientôt plus foncée, puis roussâtre, puis enfin fut remplacée par un écoulement de sang rutilant, artériel: il en sortit environ une palette. Un emplâtre agglutinatif fut placé sur l'ouverture qui laissa suinter pendant quelques jours un liquide roussâtre et se cicatrisa assez promptement. La malade ne fut nullement soulagée par cette opération; cependant les accidens internes se calmèrent, la suffocation diminua beaucoup. C'est dans cet état qu'elle fut évacuée, le 29 juillet, dans le service des fiévreux: elle y fut considérée comme atteinte de bronchite chronique. Elle resta quelque temps dans la même situation, puis ses forces diminuèrent progressivement, et elle s'éteignit sans avoir éprouvé de grandes souffrances, le 27 novembre.

Autopsie, 12 heures après la mort (1). — Habitude extérieure : émaciation considérable, nulle infiltration aux extrémités : abdomen légèrement distendu ; les deux membres pelviens sont recouverts d'une ichthyose très-prononcée ; le droit présente un raccourcissement de deux pouces, la pointe du pied est tournée en dedans, les mouvemens qu'on imprime au membre se communiquent directement au grand trochanter et font croire à la consolidation de la fracture ; mais, en soulevant le cadavre par les deux cuisses, on perçoit tout-à-coup une crépitation qui fait supposer qu'on vient de rompre le cal ; on verra plus loin qu'il n'en était rien.

Examen du goître. — Au col et à droite existe une tumeur, ayant la forme d'un ellipsoïde assez régulier, dirigée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas : son grand axe part de la symphyse du menton et descend deux pouces au-dessous de la partie moyenne de la clavicule ; son petit axe va de l'angle de la mâchoire jusqu'auprès de l'articulation sterno-claviculaire. La peau qui recouvre cette tumeur ne lui adhère que vers l'extrémité inférieure du petit axe, où la ponction a été pratiquée ; dans ce point elle est un peu rouge. Cette peau est disséquée avec facilité, et on reconnaît que la tumeur, en s'applatissant un peu, dépasse la ligne médiane du col ; elle est formée en entier par le développement de la partie droite du corps thyroïde ; l'isthme de cet organe a un pouce de haut en bas, et la portion gauche a environ trois fois le volume qu'elle devait avoir ; les muscles qui recouvrent la tumeur sont amincis et semblables au peaucier. On sépara l'organe entier, et l'on vit qu'il aboutissait en haut et en dehors à la parotide, et reposait sur les apophyses trans-

(1) L'ouverture du cadavre de cette femme fut faite en présence de M. Niret, professeur d'anatomie, chirurgien en second ; de M. le docteur Roussel, et de plusieurs étudians.

verses des vertèbres cervicales. La carotide externe, doublée de calibre, était repoussée vers le trapèze et longeait la partie externe du goître et en était un peu recouverte. La thyroïdienne supérieure pouvait être suivie pendant un certain trajet dans l'intérieur de la tumeur. La portion gauche du cartilage thyroïde du larynx est fortement aplatie; la trachée se dévie à droite dans une étendue d'environ trois pouces, pendant laquelle elle est en contact avec la portion gauche du corps thyroïde et reprend ensuite sa direction; les cerceaux cartilagineux de cet organe sont fortement aplatis transversalement pendant la déviation. Le poids de la tumeur entière a été évalué de quatre à cinq livres; elle a une enveloppe fibreuse assez résistante. L'intérieur de la portion droite du corps thyroïde présentait différens aspects; ainsi, à la partie inférieure et interne où on avait perçu de la fluctuation, où une ponction avait été pratiquée et avait donné issue à de la sérosité, puis à du sang, on trouva une bouillie d'un blanc à peine rosé et de la sérosité : cette portion comprenait à peu près le quart de la tumeur; tout le reste était formé de tissu encéphaloïde non ramolli; on y trouvait aussi des collections sanguines de différentes époques; ainsi, quelques-unes, c'était le plus petit nombre, contenaient cette matière friable, pulvérulente, d'un brun rougeâtre et considérée par Laennec (*Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XII, p. 168) comme étant la fibrine concrétée et combinée avec la matière colorante du sang et la matière cérébriforme; d'autres collections contenaient du sang caillebotté et qui paraissait déposé bien postérieurement au premier. La portion gauche du corps thyroïde présenta du tissu encéphaloïde non ramolli et sans collections sanguines dans toute sa substance.

Examen du thorax. — Les deux poumons étaient très-volumineux, d'un rouge foncé; ils surnagèrent lorsqu'on les plongea entièrement dans l'eau; à la partie postérieure

du gauche, entre la plèvre et le parenchyme, on trouva une couche gélatiniforme peu épaisse, et il s'écoula de la sérosité. A l'extérieur des poumons, on voyait quelques petites tumeurs brunes supportées par un pédicule très-grêle et qui étaient le siége de collections sanguines. La section des poumons fit voir un grand nombre de masses isolées formées par du tissu encéphaloïde; dans quelques-unes, on trouva les deux genres de collections sanguines dont il a déjà été question, deux contenaient le tissu entièrement ramolli. L'intérieur du larynx et de la trachée était sain, mais les bronches avaient augmenté de calibre depuis leur bifurcation jusqu'aux dernières divisions, leur membrane interne était d'un rose vif.

Abdomen. — L'estomac avait une couleur d'un jaune verdâtre dans toute l'étendue de son grand cul de sac. L'intérieur du tube digestif ne présente rien de remarquable dans le reste de son étendue. Il existait depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'à trois pouces sur l'intestin grêle un rétrécissement qui en diminuait le calibre des deux tiers : la muqueuse y avait sa couleur normale. Il existait un rétrécissement de même nature et d'une étendue de deux pouces vers le milieu de l'arc transverse du colon. Le foie, le pancréas étaient sains; le tissu de la rate était diffluent et couleur lie de vin. La substance des reins était à l'état normal, mais autour des bassinets on rencontrait la substance gélatiniforme et la sérosité qu'on avait trouvées au poumon gauche. La vessie était contractée et épaissie. La matrice, très-petite, était saine, ainsi que le vagin et les trompes; l'ovaire gauche contenait un assez grand nombre de kystes de volume différent, dont le plus gros avait la forme et la grosseur d'une aveline, ils contenaient de la matière gélatiniforme dont nous avons déjà parlé.

Examen de la cuisse fracturée. — On voit à la partie supérieure et externe de la cuisse une tumeur du volume de la moitié de la tête d'un enfant naissant; elle paraît se

continuer en dedans, on la sent entre le couturier et les adducteurs; il n'y a aucun changement de couleur à la peau, elle est disséquée facilement; on enlève les muscles amincis des parties antérieure et externe de la cuisse, le *fascia lata*, et on aperçoit la tumeur : c'est une sphère assez régulière, encore enveloppée de tissu cellulaire condensé et comme fibreux; on sent dans son intérieur les fragmens osseux mobiles. Une incision convenable fit parvenir jusqu'au fémur qu'on trouva dans l'état suivant : l'os offrait quatre fragmens; le premier était formé de la tête et du col; le second l'était par le grand trochanter et la partie postérieure et supérieure du corps qui paraissait fracturée en suivant les lignes qui des deux trochanters se rendent à la ligne âpre et la forment; c'était à leur point de jonction que le second fragment était séparé de l'os; postérieurement en avant et près du col, il était fracturé en rave, et là se trouvait un troisième fragment ayant assez la forme du cartilage cricoïde du larynx, c'est-à-dire, plus large de haut en bas à sa partie moyenne qu'à ses parties latérales, mais n'occupant pas tout-à-fait la circonférence de l'os et n'adhérant qu'à des parties fibreuses; enfin le quatrième fragment était constitué par le reste du fémur : le canal médullaire de cet os paraissait agrandi aux dépens de l'épaisseur du cylindre osseux. En arrière de l'os et profondément se trouvait l'autre partie de la tumeur : elle avait environ le tiers du volume de la partie externe ou supérieure; cette portion interne comprenait les muscles profonds de l'extrémité supérieure de la cuisse. Cette tumeur, dans laquelle était entièrement plongée la fracture, était formée en totalité de tissu encéphaloïde sans aucun mélange; on n'y trouvait ni collections sanguines circonscrites, ni matière gélatiniforme. Ce tissu s'était introduit entre les fragmens osseux et obturait le le canal médullaire à la manière de la cheville du cal provisoire dans l'étendue d'environ un pouce et demi.

Cette autopsie peut expliquer plusieurs phénomènes qu'on rencontra chez la malade, et en même temps fait voir une altération extrêmement rare.

Et, d'abord se trouvent expliqués et l'augmentation rapide du goître et les étouffemens qui ont paru en même temps. Des hémorrhagies ont eu lieu dans la tumeur et ont augmenté son volume, il en est survenu de semblables dans les masses carcinomateuses des poumons; elles ont dû aussi prendre de l'extension; ainsi les étouffemens tenaient à deux causes, l'une, externe, pour ainsi dire, la compression du larynx; l'autre, interne, la compression du tissu pulmonaire et son altération. Faisons remarquer ici une disposition qui peut paraître assez singulière au premier aperçu, je veux parler de la dépression du larynx qui avait lieu du côté opposé à la tumeur, et de la déviation de la trachée du côté de cette même tumeur; mais cela se conçoit assez facilement : la portion droite du corps thyroïde, énormement développée, s'appuyait, comme je l'ai dit, sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales, sur l'articulation sterno-claviculaire et sur la clavicule; elle se trouvait donc maintenue assez loin de la partie antérieure et moyenne de la colonne vertébrale, des organes pouvaient passer sous elle sans être comprimés; mais à cette masse était jointe comme satellite la partie gauche de l'organe malade elle-même et augmentée de volume; aucun point osseux ne la soutenait, elle pressait donc de tout son poids et d'une partie de celui de l'autre moitié sur les organes sous-jacens. Le larynx était dans ce cas; la trachée, plus mobile, avait fui la pression et s'était déviée à droite dans l'espace resté libre sous la tumeur; elle avait néanmoins été fortement comprimée latéralement. Au reste, cette disposition de la trachée, en forme de fourreau de sabre, a déjà été rencontrée plusieurs fois dans des cas de goître volumineux.

On comprend aussi l'écoulement assez abondant du sang

artériel qui eut lieu par l'ouverture faite par le trocart et l'absence de soulagement après l'opération.

J'arrive à la tumeur cancéreuse qui environnait la fracture. Cette tumeur, par sa forme, par sa situation, par les différentes manières dont elle se comportait avec les fragmens osseux, ne pouvait être que la représentation du cal; c'était du tissu encéphaloïde déposé dans les parties où se forment ordinairement les élémens constitutifs du cal. En effet, il est hors de doute que la dégénérescence du goître existait à l'époque de la fracture, la diathèse cancéreuse existait donc! C'est en vertu de cette diathèse que le fémur s'est rompu. La malade est restée à l'hôpital plus long-temps qu'il ne fallait pour qu'une fracture du col du fémur fut consolidée; elle est sortie sans avoir pu marcher, sans consolidation par conséquent. La diathèse existant, la consolidation n'ayant pas lieu après sept mois, le cal devait être morbide, et la description qu'on donne de cette production, relativement à sa forme et à sa manière d'être avec les os, s'applique parfaitement à la tumeur qu'on a trouvée : on y voit et la virole qui doit devenir osseuse, énorme à la vérité, et cette sorte de cheville introduite dans la cavité de l'os, et cette matière interposée entre les divers fragmens, le cal provisoire. Enfin, il est évident qu'il ne pouvait exister qu'une image de celui-là dans un pareil état de choses; le tissu encéphaloïde ne pouvait disparaître et faire place au cal définitif.

Une autre hypothèse pourrait aussi expliquer la lésion qui a eu lieu. M. Boyer admet dans le spina ventosa une altération simultanée de la membrane médullaire et de l'os, les auteurs anglais la nomment exostose fongueuse médullaire. On pourrait admettre dans le cas qui nous occupe une maladie de la membrane médullaire qui aurait donné naissance au tissu encéphaloïde. Ce tissu, pressant l'os altéré lui-même, l'aurait fait éclater, pour ainsi dire, et aurait pu se développer au dehors. Cependant, on ne

trouve pas ici la désorganisation du tissu osseux qu'on rencontre dans l'ostéo-sarcome ; les fragmens du fémur, à l'exception de son col qui était un peu rugueux, ne paraissaient avoir subi aucun changement et se rapportaient fort bien les uns aux autres.

L'observation suivante présente une grande ressemblance avec celle que j'ai décrite (1).

«....... Une femme avait depuis long-temps un cancer à la mamelle, dont elle n'était incommodée que de temps à autre; il lui survint une tumeur à la partie moyenne de la cuisse gauche, pour laquelle elle eut recours à la chirurgie. Dans l'examen que j'en fis, je reconnus que le corps de l'os était gonflé dans toute sa circonférence : trois jours après, il me parut l'être davantage; je jugeai qu'il y avait exostose ; les douleurs profondes et continuelles avec élancement me confirmèrent dans cette pensée, et leur persévérance, malgré l'usage des remèdes indiqués, me fit croire que l'exostose abcéderait et que la carie en serait la suite. C'est ce qui arriva après deux mois de souffrances si permanentes, qu'elles ne cessèrent que lors qu'elle se rompît la cuisse en se retournant dans son lit. Une semblable tumeur se forma au bras et une à la clavicule ; elles furent moins de temps douloureuses, parce que ces os se cassèrent plus tôt que n'avait fait la cuisse. »

On voit cependant de notables différences entre notre observation et celle de Petit : dans celle-ci, il y a eu tumeur accompagnée de douleur qui a précédé les diverses fractures; dans l'autre, la tumeur n'a paru que long-temps après la rupture de l'os ; la malade ne nous a pas dit avoir éprouvé de douleur dans la cuisse avant son accident. Mais ces deux histoires de maladies pourraient expliquer les fractures, pour ainsi dire spontanées, qui ont eu lieu chez les sujets cancéreux ; ce serait du tissu encéphaloïde qui

(1) J. L. Petit, *Maladies des os*, 1749, tome II, p. 309.

se développe dans le canal médullaire, use l'os de dedans en dehors, et le dispose enfin à se rompre au moindre effort.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

COMPTE RENDU DE L'HOPITAL OPHTHALMOLOGIQUE D'EDINBURGH; *par Alexander Watson.* — Du 1.er juillet 1834 au 20 novembre de la même année, 248 malades ont été traités dans cet établissement. Les maladies présentées par ces divers sujets ont été les suivantes: inflammation simple des paupières, 1; inflammation érysipélateuse des paupières, 2; ophthalmie tarsienne, 36; renversement de la paupière en dehors, 2; renversement de la paupière en dedans, 1; tumeurs des paupières, 4; tumeur de la caroncule lacrymale, 1; ecchymose de la paupière et du globe de l'œil, 1; affection spasmodique des muscles de l'œil, 1; paralysie des muscles de l'œil, 1; fistule lacrymale, 7; lésions du globe oculaire par des corps étrangers, 8; inflammation (aiguë et chronique) de la conjonctive, 40; inflammation purulente de la conjonctive, 5; ophthalmie scrofuleuse, 27; inflammation de la cornée, 14; opacités et taches de la cornée, 15; ulcères de la cornée, 29; staphylômes de la cornée, 10; staphylômes de la cornée et de la sclérotique, 2; iritis, 10; coarctation de la pupille, 11; inflammation de la rétine, 1; amaurose, 25; cataracte simple et double, 17. Sur ces malades 151 ont été guéris, 37 soulagés, 34 étaient incurables, 13 n'ont pas voulu suivre un traitement régulier, et 33 étaient encore en traitement lorsque le compte rendu a été rédigé. Le docteur Watson donne les remarques suivantes sur les plus importans des cas ci-dessus mentionnés.

I. *Fistule lacrymale.* — Les cas de fistule lacrymale sont au nombre de sept. La plupart consistaient dans un développement chronique du sac lacrymal, par suite de l'obstruction du canal nasal, avec sécrétion purulente de la membrane qui tapisse le sac. La maladie existait depuis plusieurs années; les malades se soulageaient par intervalles en comprimant la tumeur; cette pression déterminait la sortie par les points lacrymaux des matières coutenues dans le sac. Plusieurs de ces malades furent guéris en instillant simplement dans l'œil une solution de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent, qui fut absorbée par les points lacrymaux et pénétra dans l'intérieur du sac lacrymal sur la membrane interne de laquelle elle exerça une action stimulante avantageuse. Dans deux cas, la guérison fut accomplie par

l'introduction du stylet de Ware, dans l'un à travers une ouverture spontanée du sac, dans l'autre à travers une ouverture artificielle. Dans ces deux cas, l'obstruction céda facilement, et le stylet fut porté pendant deux ou trois semaines.

II. *Lésions du globe de l'œil par des corps étrangers.* — Dans tous les cas qui se sont présentés, les violences extérieures avaient porté sur la cornée. Ces cas forment une série intéressante, à cause des résultats importans qu'ils ont fournis. Le degré de gravité de ces lésions paraît dépendre de la profondeur à laquelle la cornée et le globe oculaire ont été pénétrés, et de l'intensité de la contusion à laquelle l'œil a été soumis en même temps. Dans plusieurs de ces cas la perte de la vision reconnut pour cause l'inflammation qui suivit l'accident, bien que le corps vulnérant n'eût pas pénétré toute l'épaisseur de la cornée. Ici, la cécité fut le résultat de l'oblitération consécutive de la pupille, ou de l'opacité également consécutive du cristallin. Il se présenta aussi dans cette série des exemples des altérations graves qui suivent parfois les lésions traumatiques de l'œil, telles que l'opacité et l'absorption du cristallin, l'hydrophthalmie, l'atrophie de l'œil. Le docteur Watson promet de revenir avec détails sur ces cas intéresressans, dans un prochain compte rendu.

III. *Inflammation aiguë et chronique de la conjonctive.* — Ces deux phlegmasies ont été réunies dans la même série, parce qu'elles peuvent être considérées comme deux degrés d'une même affection. Dans la période aiguë, on a employé avec succès un simple traitement antiphlogistique, consistant dans des saignées locales à l'aide des ventouses et des sangsues, dans des fomentations tièdes avec la décoction de têtes de pavots, et un peu plus tard, avec la solution d'acétate de plomb, et enfin dans quelques doux purgatifs. Dans la période chronique, alors que l'inflammation semble passive, on retira de bons effets de quelques stimulans peu énergiques, tels que le vin d'opium, la solution de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, et une pommade où le précipité rouge entrait dans une proportion peu élevée.

IV. *Ophthalmie scrofuleuse, inflammation, opacités et ulcères de la cornée.* — Ces affections présentèrent un grand nombre de points communs, et se mêlèrent fréquemment sur le même sujet. Plusieurs fois elles parurent être des modifications diverses de la même maladie, l'ophthalmie scrofuleuse. L'inflammation était en général, dans ces cas, de nature chronique, mais le plus souvent l'état aigu et l'état chronique alternaient. Dans la période aiguë, les fomentations tièdes avec la décoction de pavot et les purgatifs furent employés avec de grands avantages. Dans la période chronique, on eut recours à la solution de nitrate d'argent, à l'hydrochlorate de mercure, au sulfate de zinc ou au laudanum. Les pustules situées à la circonfé-

rence de la cornée se présentèrent fréquemment ; on les touchait avec un pinceau imbibé de nitrate d'argent ; une ou deux applications suffisaient pour les faire disparaître. Les ulcères profonds et douloureux de la cornée étaient touchés avec un pinceau imbibé d'une forte solution de nitrate d'argent. L'emploi de ce caustique sous forme solide, dans ces cas, eut été imprudent, à cause du danger de pénétrer dans la chambre antérieure de l'œil. Après l'application d'une forte solution de nitrate d'argent dans les cas où les parties étaient fortement injectées, les fomentations tièdes étaient ordinairement suivies d'un grand soulagement. Aussi, après quelques applications de cette espèce, séparées par un intervalle de deux ou trois jours, la cicatrisation des ulcères était accomplie.

Les cas les plus longs et les plus difficiles d'ophthalmie scrofuleuse furent ceux dans lesquels il s'était fait une déposition de lymphe entre les lames de la cornée à la suite de l'inflammation de sa lame centrale. Dans ces cas on employa avec avantage, d'abord le traitement antiphlogistique, ensuite de légers stimulans ; mais soit que la maladie se terminât ou non par un ulcère, elle laissa toujours après elle un certain degré d'opacité permanente. Dans quatre cas d'opacité de la cornée, sur laquelle se ramifiaient des vaisseaux rouges venant de la conjonctive, j'ai excisé une portion de la longueur de ces vaisseaux, avec le succès le plus complet. Dans deux de ces cas la tache vasculaire existait depuis plusieurs années ; les malades, tourmentés par la douleur et l'intolérance de la lumière, ne pouvaient se servir de leurs yeux, et n'avaient retiré aucun fruit de divers autres traitemens. La tache vasculaire semble être le résultat du travail de cicatrisation d'un ulcère de la cornée, lorsque quelques-uns des vaisseaux enflammés restent dilatés d'une manière permanente. L'un des symptômes les plus remarquables de l'ophthalmie scrofuleuse, et qui se présenta dans plusieurs cas avec beaucoup d'intensité, c'est l'intolérance de la lumière. Ce symptôme s'accompagne d'un larmoiement abondant et de la contraction de la pupille. Il ne se présente pas dans tous les cas, et ne se borne pas aux plus graves ; il a lieu souvent lors même que l'affection paraît légère, et il persiste pendant des semaines ou des mois. Il ne paraît pas dépendre de l'état de la cornée, car cette partie est quelquefois transparente et sans altération. Comme cette intolérance de la lumière ne paraît pas être causée par une inflammation aiguë, on ne doit pas la regarder en général comme un symptôme grave. J'ai souvent remarqué qu'elle était surtout intense chez des enfans chétifs, et qu'elle était considérablement amendée par un régime plus nourrissant, en ayant toutefois égard à l'état de l'estomac et des intestins, et en donnant des toniques et des laxatifs. Il est encore très-important alors de s'occuper de l'état des yeux, et d'accoutumer peu-à-peu le malade à supporter

la lumière; car il me paraît démontré que l'intolérance de la lumière est augmentée par la privation complète de ce stimulant pendant long-temps. Il y aussi une contraction spasmodique du muscle orbiculaire des paupières, qui paraît être diminuée par les lotions chaudes et le vin d'opium.

Dans deux cas d'ulcération de la cornée, il se forma une ouverture fistuleuse qui fit communiquer la chambre antérieure de l'œil avec l'extérieure. Chez l'un de ces malades, l'iris fit hernie à travers ce trou accidentel. Ils guérirent tous deux. Chez un troisième la fistule de la cornée persista.

V. *Iritis.*—Il s'est présenté dix cas d'inflammation aiguë de l'iris. Ils semblaient tous liés à une affection vénérienne, et la plupart d'entre eux étaient accompagnés de divers autres symptômes consécutifs. Quoique l'inflammation affectât les deux yeux avec beaucoup d'intensité dans plusieurs de ces cas, et qu'il y eût même un épanchement de lymphe, cependant tous ces malades guérirent et conservèrent la vue. On employa dans leur traitement les antiphlogistiques, la belladone, et ensuite le mercure. Chez plusieurs de ces malades, le traitement antiphlogistique sans mercure fut soutenu pendant fort long-temps sans enrayer en rien la marche de la maladie. Mais lorsqu'on eut administré le mercure, aussitôt que la bouche fut affectée, non-seulement la maladie fut arrêtée dans ses progrès, mais même promptement amendée.

D'après ces résultats manifestés, d'après ma propre expérience et celle de plusieurs autres médecins, je ne doute point que sous l'heureuse influence du mercure, l'inflammation n'eût poursuivi ses ravages, et n'eût entraîné la destruction de l'œil. Ces remarques me semblent une réponse victorieuse aux objections qu'on a élevées contre le traitement mercuriel.

VI. *Pupille artificielle.* — Il s'est présenté onze cas dans lesquels il y avait occlusion partielle ou complète de la pupille, ou bien cécité par suite d'opacité centrale de la cornée. Dans quatre de ces cas l'opération de la pupille artificielle fut pratiquée avec plus ou moins de succès. Ces opérations seront décrites dans un prochain compte rendu.

VII. *Cataracte.* — Vingt-trois cas de cataracte ont été admis à l'hôpital. Onze étaient simples; cinq étaient compliqués d'adhérences entre l'iris et la capsule du crystallin; sept étaient compliqués d'amaurose. Douze malades furent opérés; chez deux il y avait amaurose; ces deux derniers ne furent opérés qu'à leur pressante sollicitation. Dans tous les autres cas opérés, le succès fut complet quant à ce qui concerne l'opération. Chez les deux amaurotiques, la vision en fut à peine modifiée. Dans sept cas, le crystallin fut enlevé par extraction, d'après la méthode ordinaire, avec le couteau de Beer.

Chez aucun malade, il n'y eut évacuation de l'humeur vitrée, ni hernie de l'iris à travers l'incision. Chez tous, les pupilles étaient parfaitement circulaires et d'une grandeur normale, excepté chez un malade, chez qui l'iris s'était présenté sous l'instrument; on aima mieux en enlever une portion en faisant l'incision, que de retirer le couteau pour terminer l'opération d'une autre manière. La pupille resta très-large, mais la vision n'en fut pas moins bonne. Dans un cas seulement, il fut nécessaire de pratiquer une saignée après l'opération; le repos, le régime suffirent pour prévenir l'inflammation. Les malades gardèrent la chambre, terme moyen, treize jours après l'opération.

Quatre malades furent opérés par abaissement. Parmi eux il se trouvait un enfant affecté de cataracte congénitale. Le deuxième cas offrait une cataracte molle avec adhérence à l'iris. Chez le troisième, la cataracte avait été déjà en partie broyée. Chez le quatrième, la cataracte était survenue après une opération heureuse pour la pupille artificielle. Dans les trois derniers cas, la vue fut recouvrée. Chez le jeune enfant qui présentait une double cataracte congéniale, la presque totalité du crystallin se résorba. Neuf semaines après l'opération, qui n'avait été suivie d'aucune inflammation, j'introduisis à travers la cornée une petite aiguille droite, au moyen de laquelle ce qui restait des crystallins fut broyé et en partie porté dans la chambre antérieure. Cette seconde opération a été suivie d'une inflammation intense. Le petit malade est encore en traitement. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, janvier 1835).

Déchirure du cœur par un fragment de côte. Mort subite. — Aubin (Louis), charretier, âgé de 23 ans, d'une forte constitution, jouissait de toute l'intégrité de ses facultés, lorsqu'il se trouva pris entre les moyeux de deux voitures. Il perdit tout-à-coup connaissance. Transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, il ne donna plus aucun signe de vie.

Autopsie. — De légères ecchymoses existant de chaque côté de la poitrine, indiquent assez que cette cavité a été comprimée transversalement. L'ablation des tégumens qui recouvrent les côtes, fait reconnaître que les huitième et neuvième côte sont fracturées à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur. Une dépression s'observe à l'endroit de la fracture. Rien de remarquable dans la plèvre droite. La plèvre gauche est remplie par une grande quantité d'un sang noir, liquide, avec d'énormes caillots. Le diaphragme est repoussé en bas; le poumon est refoulé en haut et en dedans. On fait écouler tout le sang épanché; alors il est permis de rechercher la source de cette hémorrhagie. La crosse de l'aorte et l'aorte pectorale sont intactes, le péricarde, vu à l'extérieur, présente une légère teinte bleuâtre; il contient un peu de sang noir coagulé : à son côté

gauche existe une ouverture de deux pouces, dirigée de haut en bas et de gauche à droite. Le cœur est gros, ferme, dans l'état sain; il offre à sa face postérieure une plaie transversale longue d'un pouce et demi, pénétrant dans la cavité des deux ventricules, mais dont les bords sont un peu déchirés et ecchymosés. On dirait qu'après la mort, on a commencé à faire une incision transversale avec un instrument tranchant mal acéré, pour examiner les cavités de cet organe. Cette plaie correspond parfaitement à l'ouverture du péricarde. La plèvre costale est déchirée au niveau des huitième et neuvième côtes. Les fragmens de la huitième côte sont portés en dedans; le fragment antérieur fait une saillie considérable dans la cavité de la plèvre; il est aigu, piquant, taillé en bec de flûte; c'est évidemment lui qui a déterminé la blessure du péricarde et du cœur. Les fragmens de la neuvième côte sont à peine déplacés. Le poumon gauche offre à sa base une légère ecchymose; l'air que l'on insuffle dans son parenchyme ne s'échappe par aucun point, et ne décèle pas la moindre blessure. Le tissu pulmonaire est partout crépitant. Nulle déchirure au diaphragme, et par conséquent nulle communication entre les cavités thoracique et abdominale; cependant du sang est épanché dans l'hypochondre gauche; il vient de la rate, déchirée transversalement à la partie supérieure de sa face interne. Cette déchirure ne peut être que l'effet d'une contusion (Loir. *Diss. sur quelques points de médecine. Thèse.* Paris, 1834, n° 45).

Perforation de l'estomac; *par le docteur Cless.* — Une domestique, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, entra le 8 décembre pour la troisième fois à l'hôpital. La première fois, deux ans auparavant, elle avait été traitée d'une inflammation aiguë de l'estomac; un an plus tard, elle était entrée de nouveau pour un vomissement chronique, accompagné d'irrégularité dans la menstruation. Quand elle se présenta cette fois, ses vomissemens l'avaient reprise depuis quinze jours; mais depuis deux jours, elle éprouvait des coliques extrêmement violentes; il y avait constipation opiniâtre; la soif était très-ardente; la langue était nette, la tête libre; la respiration très-gênée, les extrémités froides, le pouls imperceptible. Le moindre attouchement exaspérait les douleurs abdominales; le ventre se gonfla; le corps se couvrit d'une sueur froide. Il y eut des évanouissemens, et avant qu'on eût pu administrer d'autres remèdes qu'une infusion chaude de thé et des moyens propres à réchauffer la malade, elle mourut, trois quarts d'heures après son arrivée à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture des parois abdominales, il s'échappa une grande quantité d'un liquide noirâtre, mêlé avec des matières fécales. Les intestins étaient distendus par des gaz; leur enveloppe péritonéale était légèrement rougie. Le foie était très-pâle et vide de

sang. La vésicule contenait une bile visqueuse et noire-brunâtre. Le lobe gauche du foie était adhérent à la face antérieure de l'estomac, et vis-à-vis cette adhérence, le pancréas était également agglutiné à l'estomac, mais à la partie postérieure et inférieure de celui-ci. L'estomac lui-même était contracté ; ses membranes étaient épaissies. L'espace situé entre le cardia et le pylore n'était que d'un pouce et demi. La petite courbure présentait, vers le pylore, une espèce de diverticulum qui adhérait à l'estomac par un anneau cartilagineux. Son diamètre était d'un pouce environ. Cette excavation avait son orifice extérieur dirigé vers le foie qui le bouchait complètement et auquel elle adhérait par un anneau également cartilagineux.—Il était évident que les efforts de vomissement avaient déterminé le décollement d'une partie de l'anneau cartilagineux adhérant au foie, et que par cette ouverture s'étaient échappés les liquides qui avaient causé une péritonite mortelle. (*Medic Corr.-Blatt* ; n° 26, 1834).

Hernie étranglée dans un anus artificiel ; *par le docteur Veiel, de Kannstadt.*—Un homme, qui portait une hernie inguinale du côté droit depuis six ans, fut pris des symptômes de l'étranglement à la suite d'un refroidissement. Il ne réclama les secours de la médecine qu'au bout de quelques jours. La tumeur était grosse comme un œuf de pigeon. Un chirurgien en tenta plusieurs fois la réduction, en apparence avec succès, car la tumeur disparaissait et il y avait des selles ; mais, chaque fois, la tumeur ne tardait pas à reprendre son volume primitif. Les symptômes n'étant pas pressans, on ne jugea pas à propos d'opérer. Sept jours après, un second chirurgien se livra à des tentatives de réduction sous l'influence desquelles la tumeur se ramollit subitement. Il est probable que l'intestin gangrené avait crévé en ce moment. La tumeur s'enflamma, et s'ouvrit au bout de vingt-quatre heures. D'abord, il n'en sortit que du pus sanieux, mais au bout de quinze jours des matières fécales liquides. Cette fistule continua à donner issue aux matières liquides, surtout quand il y avait diarrhée, mais les parties les plus solides passaient par l'anus. Les choses se passèrent ainsi pendant trois ans, au bout desquels on résolut de tenter la suture. A cette époque, la fistule offrait une forme conique ; son orifice extérieur était assez large pour admettre le petit doigt ; puis elle allait en diminuant, de telle sorte que son orifice interne était de moitié moins large. Le canal avait un pouce de profondeur. Le pourtour de son orifice extérieur était ridé ; la peau était renversée en dedans, et le tissu cellulaire était induré. Un bout d'intestin faisait hernie, en se renversant, à travers le trajet fistuleux, et le malade était obligé de le maintenir réduit au moyen d'un bouchon de charpie. On pouvait introduire une sonde à droite et à gauche dans le canal intestinal ; et si, maintenant réduit, au moyen d'une sonde, le bout d'intestin qui sortait en se ren-

versant, on explorait la cavité de l'intestin avec un stylet mousse, on reconnaissait qu'il n'existait aucun éperon et que le trajet fistuleux communiquait directement avec la partie latérale de l'intestin. Un appareil, qui ne permettait la sortie d'aucune matière, fut supporté pendant quelques jours sans coliques. Alors on considéra le cas comme favorable à la suture; et cette opération ne fut retardée que par l'invasion d'une pneumonie, qui laissa après elle une toux opiniâtre. Dans une quinte de toux, un bout de l'intestin se renversa et fit hernie à travers l'anus anormal. Par suite de l'inflammation qui se développa dans les parties, et de l'accroissement de son propre volume, cette portion d'intestin s'étrangla. Tous les moyens échouèrent. L'étranglement siégeait à l'orifice interne, très-étroit, du trajet fistuleux. On débrida en deux endroits, en faisant de chaque côté une incision de deux lignes : alors la réduction fut facile. Au bout de deux jours, le malade mourut avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. — Les intestins n'offraient rien de particulier, excepté aux environs de la hernie où ils étaient agglutinés ensemble par de la lymphe. La portion intestinale, qui communiquait avec l'anus anormal, appartenait à l'iléum; elle était solidement unie au pourtour de l'anneau inguinal au moyen d'un tissu cellulaire très-épais. L'iléum était brun rougeâtre au niveau de l'anus anormal, mais il paraissait intact vers sa portion supérieure, c'est-à-dire, du côté du jéjunum. Vers sa partie inférieure, au contraire, il paraissait sphacelé dans une longueur de cinq pouces; il présentait en outre vers ce point, une invagination de même longueur qui avait cela de remarquable, que c'était le bout inférieur qui s'était invaginé dans une portion supérieure, comme par suite d'un mouvement antipéristaltique. Après avoir détaché avec précaution l'intestin adhérent à la paroi abdominale, on trouva que l'ouverture avait la largeur d'un liard. Tout autour, la membrane muqueuse était épaissie, unie et rouge foncé. La partie inférieure de l'iléum qui, après avoir remonté par invagination, s'était engagée à travers l'anus artificiel, avait bien été rentrée après le débridement; mais elle était restée invaginée dans la cavité de l'iléum dont elle avait causé l'oblitération. Si, après l'opération, on avait reconnu cette invagination, on aurait pu, après avoir dilaté l'orifice interne du trajet fistuleux, introduire une bougie de huit à neuf pouces dans la portion d'intestin retroussée, et détruire ainsi l'invagination. Cependant, on pourrait se demander si par ce procédé on aurait pu prévenir l'inflammation consécutive; ou si plutôt, de nouvelles incisions dans un intestin déjà enflammé par une compression de plusieurs heures, n'auraient pas eu pour résultat d'exaspérer l'inflammation. (*Med. corresp.*, *Blatt*, n° 38, 1834).

RUPTURE DES INTESTINS PRODUITE PAR UNE TUMEUR STERCORALE.

Épanchement des fèces dans la cavité abdominale. Péritonite suraigue. Mort. — Le 27 juin 1834 est entrée à l'hôpital la nommée Maniotte (Catherine), âgée de 55 ans, ouvrière en linge. Cette femme, habituellement bien portante, a éprouvé, dans l'intervalle des douze dernières années, de violens chagrins, qui ont beaucoup changé sa constitution. L'abdomen était devenu le siége continuel de douleurs plus ou moins longues ; constipation des plus prolongée et opiniâtre : la malade n'allait à la garde-robe que tous les huit à dix jours. Six fois, dans l'intervalle des douze années, elle entra dans les hôpitaux pour cette infirmité, présentant les symptômes suivans : vomissemens de matières bilieuses, douleur abdominale très-prononcée, petitesse du pouls, anxiété, traits de la face décomposés, crampes dans les extrémités, attaques de nerfs. Les vomissemens étaient toujours précédés du sentiment d'une boule, qui du bas-ventre remontait jusqu'à l'épigastre. En général, elle n'éprouvait que du soulagement momentané dans les hôpitaux. Il y a quinze jours, la malade se sentit indisposée ; son appétit diminua ; ses selles devinrent encore plus rares, et elle éprouva de nouveau la sensation d'une boule remontant vers l'hypogastre. Cependant elle continuait ses occupations, lorsque, le 26 juin, sans cause manifeste (la malade n'a pris que du café au lait le matin, et quelques cerises et du melon la veille), les douleurs de ventre augmentèrent d'intensité dans la journée ; elle alla plus de huit fois à la selle et rendit du sang. Dès ce moment elle s'alita. Le médecin appelé lui fit appliquer des sangsues à l'anus, qui ne lui procurèrent aucun soulagement. Vomissement de matières bilieuses ; figure décomposée, et, de temps en temps, crampes dans les membres pelviens. A son entrée à l'hôpital, la malade présente l'état suivant : symptômes cholériques très-prononcés, face décomposée, yeux caves, vomissemens, crampes dans les membres (la diarrhée a déjà cessé depuis l'invasion de la péritonite). Le plus léger attouchement du ventre occasionne des douleurs intenses. On reconnaît une péritonite très-aiguë ; on applique des sangsues sur l'abdomen ; cependant les mêmes symptômes continuent, et la malade meurt quatorze heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Muscles développés et assez d'embonpoint ; figure tirée, pâle. A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une certaine quantité de gaz hydrogène sulfuré. Les feuillets pariétal et viscéral du péritoine présentent une injection très-marquée. On trouve dans plusieurs endroits des fausses membranes d'une formation récente, ainsi qu'une quantité assez considérable de liquide, qui remplit en grande partie le petit bassin, où il est d'une couleur sale, purulent, et exhale une odeur très-fétide. On y voit aussi une masse de matières stercorales, composée à peu près de vingt globules d'une forte consistance, comme à demi-rôtis, durs et du volume d'une truffe. La

perforation de l'intestin n'était plus douteuse pour personne, et on s'appliqua à la rechercher. C'est vers le point de réunion de l'extrémité inférieure de l'S iliaque avec la partie supérieure du rectum qu'on l'a trouvée. Le gros intestin, et principalement le colon tranverse, était rempli de matières stercorales d'une forte consistance. L'estomac contient plusieurs follicules isolés très-développés, principalement autour de l'orifice œsophagien. L'intestin grêle est peu injecté vers sa partie supérieure; mais l'iléum présente, dans l'étendue à peu près de sept pieds, une injection générale vive et des follicules isolés très-nombreux, qui augmentent de volume à mesure qu'on approche de la valvule iléo-cœcale, où ils ont le volume de la graine de chenevis; ils ressemblent parfaitement à l'éruption qu'on trouve sur plusieurs cadavres cholériques. Le gros intestin contient beaucoup de matières stercorales dures et globuleuses, et il est très-peu injecté. Le rectum ne présente pas d'injection; mais vers sa partie supérieure, on aperçoit une large ouverture du diamètre d'une pièce de six francs, à bords irréguliers, amincis, noirs et gangréneux. C'est par cette ouverture que les fèces se sont épanchées dans la cavité péritonéale. Non loin de cette déchirure, on voit encore une masse stercorale distendre le gros intestin (Raciborski. *Diss. sur les tumeurs stercorales. Thèse.* Paris, 1834, nº 370).

Amputation presque complète des organes génitaux, suivie de guérison; *par James B. M' Junkin*. — J. A., âgé de 39 ans, fut saisi la nuit, dans son lit, par plusieurs hommes qui le continrent, tandis qu'un d'entre eux se disposait à lui amputer les testicules. L'assassin, empoignant le scrotum avec la main gauche, y enfonça l'instrument tranchant en arrière, et, incisant du côté droit presque transversalement, il divisa l'urèthre et la plus grande partie de la racine du corps caverneux, mais laissa intacte la partie antérieure du scrotum qui est en rapport avec la partie inférieure de la verge. La pointe de l'instrument fut ensuite dirigée en dedans et en haut dans l'aine droite, puis en dehors un peu au-dessous de l'aine gauche. Le cordon spermatique du côté droit fut coupé immédiatement au-dessus de l'épididyme. Une seconde incision, longue de deux pouces et demi, fut faite antérieurement et fut réunie à la première, à droite de la racine de la verge; elle était dirigée vers l'épine supérieure de l'iliaque du côté droit : cette seconde incision n'intéressait que la peau et n'avait pas divisé le cordon spermatique. Ainsi, un lambeau triangulaire des tégumens était resté non divisé au côté gauche du pénis. Ce lambeau fut déchiré en tirant le scrotum en avant. La peau de la verge fut renversée sur le gland, la verge se trouva ainsi dénudée, et le testicule droit fut coupé et arraché. Le testicule gauche, complètement dépouillé de ses tégumens, se retira dans l'aine.

Je trouvai le malade dans cet état trois ou quatre heures après l'é-

vénement. Il avait perdu beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie s'était arrêtée. Il éprouvait une douleur très-vive qui fut entièrement soulagée par la division de la portion de peau retroussée qui recouvrait le cordon spermatique et le testicule du côté gauche. La plaie était si étendue, que ce qui restait des tégumens n'en pouvait couvrir qu'une très-petite partie. Une lanière étroite de *lint* (espèce de charpie) enduite de cérat simple, fut placée à l'entour du pénis dénudé, et les autres parties furent couvertes et protégées par du coton finement cardé. Le pansement quotidien était suivi d'une vive douleur du testicule, qui persistait pendant quelques heures. La sortie de l'urine par la plaie de l'urètbre causait aussi de grandes souffrances, et cependant le malade refusa obstinément l'introduction d'une sonde. Vers le cinquième jour, l'urine passa par le canal de l'urèthre; les bords de la plaie de ce canal s'étaient réunis; mais cette réunion fut rompue par des érections nocturnes. Quelques jours après, ces érections ne se renouvelèrent plus, et l'adhérence devint solide. Mais cette réunion s'est probablement faite irrégulièrement; car dans cet endroit le canal offre un rétrécissement qui gêne l'émission des urines. Le troisième jour, il y eut fièvre intense, avec stupeur et douleur abdominale; mais ces symptômes alarmans furent combattus avec succès par la saignée générale, et par les moyens antiphlogistiques ordinaires. La guérison était accomplie au bout de dix semaines.

La plaie cicatrisée offre les conditions suivantes : à la place du scrotum, une membrane assez résistante, douce au toucher, élastique, enveloppe le testicule. Cette membrane n'offre ni poils, ni rugosités. Le testicule ayant suppuré en un point circonscrit, se trouvait adhérent, avec son enveloppe, dans le lieu de cette suppuration. Cette adhérence ne lui permet point de descendre et le retient contre la région inguinale, où il est exposé sans protection aux violences extérieures. La verge est recouverte par un tissu tendu et poli, ressemblant à la cicatrice d'une brûlure superficielle. Le repli muqueux du prépuce, séparé de son prolongement cutané, est roulé derrière le gland où il a l'apparence d'une double couronne ou d'un double anneau. Les adhérences, et la rétraction du tissu cellulaire, surtout à l'extrémité postérieure du pénis, mettent un obstacle considérable à l'érection et à l'alongement de cet organe. Cette disposition est surtout marquée au niveau de la plaie de l'urètbre, où l'on dirait que le pénis est étranglé par un cordon qui l'attire en bas. Quelque temps après son entière guérison, le malade éprouva beaucoup de douleur dans l'érection, et ne put se livrer au coït à cause d'une incurvation de la verge en bas; cet obstacle fut levé, non entièrement, mais en grande partie, par la section du frein du prépuce. Actuellement la santé de cet homme est bonne; il se livre à ses occupations habituelles, mais il éprouve assez promptement une sensation de fatigue

dans la région lombaire. Les appétits vénériens sont aussi vifs qu'avant la lésion, mais l'état indiqué des parties rend leurs sensations obtuses et la copulation difficile. (*The American Journ. of the med. Sc.*, novembre 1834).

Thérapeutique.

Épilepsie guérie par le nitrate d'argent fondu. — Obs. I.re ; *par le docteur Placido Portal.* — Sauveur Pulio, de Palerme, charretier, âgé de 29 ans, de tempérament sanguin, de constitution athlétique, jouissant d'une parfaite santé, fut pris tout-à-coup et sans cause connue, dans l'année 1822, d'un accès d'épilepsie qui le laissa pendant plusieurs jours dans un état de stupéfaction. A peine était-il remis de ce premier accident, qu'il éprouva un second accès plus long et plus intense que le premier : il consulta alors son médecin qui lui fit suivre tous les traitemens qui ont été préconisés contre cette maladie. Loin d'en obtenir une amélioration, il se vit en proie à des accès épileptiques qui se prolongèrent davantage et qui se renouvelèrent si fréquemment, qu'il fut obligé de renoncer à son métier à cause des accidens graves auxquels sa maladie l'exposait. Du reste, les accès se rapprochèrent, et se multiplièrent de plus en plus à mesure que la maladie devenait plus ancienne.

Dans le mois de juin 1834, le professeur Placido Portal conseilla au malade, comme dernière ressource, l'usage interne du nitrate d'argent fondu qui, entre les mains du docteur Louis Sementini, de Naples, a eu d'heureux résultats. Le docteur Portal fit prendre au malade une pilule composée d'un seizième de grain de nitrate d'argent, mêlé à six grains d'extrait de camomille, et il lui prescrivit de boire par dessus une tasse de décoction de sauge; cette dose fut continuée pendant deux jours après lesquels le nombre des pilules fut porté à trois par jour, et à mesure que les accès épileptiques parurent s'amender, on augmenta peu à peu ce nombre. Le malade prit des pilules trois fois par jour, de manière à consommer un grain de nitrate d'argent dans les vingt-quatre heures. Une amélioration très-marquée se fit sentir dans les mois de juin, juillet et août, et les accès s'éloignèrent assez pour que le malade pût reprendre son métier de charretier. Dans cet intervalle de temps, ses accès ne se reproduisirent que deux fois et encore furent-ils peu intenses et très-courts.

Dans le mois de septembre, voyant que le malade était presque guéri, le docteur Portal crut convenable d'unir au nitrate d'argent l'extrait de noix vomique d'après la formule suivante : un grain et demi de nitrate d'argent, et six grains de noix vomique pour trois pilules. Sous l'influence de ce traitement, le malade se trouva parfaitement guéri dans le mois d'octobre suivant.

Le même médecin a eu occasion de faire une observation toute semblable, en 1815, dans la personne du docteur Gaspard Messina de Biancavilla (*Il filiatre Sebezio*, mars 1835).

Obs. II.e; *par le docteur Angelo Maria Semenza.* — Vincent Jennaro, de tempérament sanguin, de constitution athlétique, ayant la tête très-developpée, vivant dans l'aisanec, fut pris en 1829 d'accès épileptiques à la suite d'une épistaxis arrêtée subitement. Il avait alors une vingtaine d'années. Les moyens les plus énergiques furent employés sans succès. En août 1831, je fus appelé auprès du malade; j'appris alors que les accès revenaient le plus ordinairement sous l'influence d'un état de pléthore; il y avait des marques évidentes de congestion vers la tête; on remarquait en outre une teinte livide autour des lèvres et des paupières; le malade avait un appétit irrégulier et morbide. Les accès épileptiques avaient tous les caractères décrits par les praticiens; ils se renouvelaient ordinairement tous les vingt jours, s'élevaient au nombre de six, sept et même neuf dans le court espace d'une heure, et étaient toujours précédés par une *aura* épileptique qui, naissant de l'extrémité du pouce de la main droite, s'étendait comme une flamme vers le cerveau en augmentant d'intensité, et suspendait momentanément les fonctions organiques. Je mis d'abord le malade à l'usage de la magnésie décarbonatée comme léger purgatif, d'un régime très-sévère, principalement composé de végétaux, et je lui prescrivis de s'abstenir de vin et de boissons stimulantes. Après huit jours de ce traitement simple et à peu près insignifiant, je me décidai à traiter cette épilepsie par le nitrate d'argent. Les conditions étaient favorables pour l'emploi de ce médicament, car la sensibilité du malade était généralement obtuse, et toutes les fonctions organiques se faisaient avec une lenteur remarquable. Le premier jour, je prescrivis une pilule composée d'un quart de grain de nitrate uni avec du sirop de sucre et de la poudre de camomille. Une pilule semblable fut administrée tous les matins pendant dix jours sans déterminer aucun phénomène appréciable. Le onzième jour, je portai la dose de nitrate à un tiers de grain, et je prescrivis en outre une saignée copieuse et une application de sangsues à l'anus. Le vingt et unième jour, la dose de nitrate s'élevait à un démi grain. La dose fut portée successivement à un grain et à un grain et demi par jour, mais sans aller au-delà; cette dose fut continuée pendant un mois. Les accès épileptiques, qui d'abord avaient été retardés, ne se reproduisirent point pendant cet intervalle de temps. Aujourd'hui, trois ans se sont écoulés depuis que le malade a suspendu tout traitement; il s'est livré avec activité à ses affaires, et n'a éprouvé ni convulsions, ni symptôme nerveux quelconque. Sa guérison s'est montrée durable (*Ibid.*, avril 1835).

Observation de Glossoraphie; *par le docteur Dominique-Bran*-

ca. — Fiorenza Baratelli, âgée de 13 mois, tomba sur le menton et se coupa la langue avec les dents de telle sorte que cet organe offrait une division transversale complète, occupant les deux tiers de sa largeur à la distance de six lignes de sa pointe. L'extrémité de la langue, considérablement tuméfiée, pendait au dehors de la bouche qui était continuellement à demi ouverte à cause de la douleur, et empêchait la petite malade d'avaler. L'accident n'étant arrivé que quatre à cinq heures avant que je ne la visse, je conçus l'espoir d'obtenir une réunion immédiate en tenant les bords de la plaie rapprochés à l'aide d'un point de suture. Ma première idée fut d'enfoncer une aiguille courbe, armée d'un fil d'une certaine grosseur et ciré, dans la partie dorsale du lambeau, à deux lignes environ du bord de la plaie et dans un point correspondant au milieu de la longueur de cette plaie ; mais il m'eut été impossible de tenir solidement ce lambeau avec la main gauche, soit à cause de la facilité avec laquelle il eût glissé entre mes doigts, soit parce que dans un mouvement de la tête de l'enfant, l'isthme étroit qui le réunissait au corps de la langue se serait déchiré. Imitant le procédé qu'on emploie pour percer le lobule de l'oreille, je plaçai un morceau de liége sous la face inférieure du lambeau, je perçai ce dernier avec l'aiguille qui pénétra en même temps dans le morceau de liége; dégageant alors ce point d'appui en soutenant le lambeau avec une pince à anneaux à travers les branches de laquelle passait l'aiguille, je retirai ensuite l'aiguille elle-même. Dans un point correspondant de l'autre bord de la plaie, j'enfonçai l'aiguille de la face inférieure à la face dorsale de la langue, la concavité tournée en avant, à la distance de deux lignes du bord de la plaie; je laissai alors l'enfant respirer un peu, ensuite je rapprochai les bords de la plaie ; je nouai le fil et l'affrontement parut parfait ; je recommandai à la mère de ne plus donner le sein à sa fille, et de la nourrir avec des bouillons, des panades et des œufs. Au bout de trois à quatre jours, quelques personnes crurent mais à tort que les lèvres de la plaie ne se maintiendraient pas en contact; ces lèvres étant enflées ne pouvaient pas se toucher dans toute l'étendue de leur surface convexe, mais elles se touchaient suffisamment dans leur ligne centrale. En effet, au bout de dix jours, la plaie se cicatrisa avec adhérence complète et avec une telle régularité que non-seulement l'organe recouvra ses fonctions, mais encore ne garda aucune trace de cet accident. (*Annali universali*; janvier 1835.)

Imperforation du vagin. Opération ; guérison. — P. B..., femme mariée, âgée de 22 ans, forte et bien conformée, se plaignait d'éprouver parfois des palpitations et de l'oppression après les repas ; elle n'avait jamais été réglée. Les parties génitales paraissaient bien conformées à l'extérieur ; mais en écartant les grandes lèvres, on s'aperçut que l'ouverture du vagin était située beaucoup plus haut qu'elle

ne l'est ordinairement. Sur un examen plus attentif, on découvrit que le vagin était complètement imperforé depuis la commissure inférieure des grandes lèvres jusqu'à l'ouverture dont il a déjà été question, et que l'on avait prise d'abord pour l'orifice du vagin ; mais qui n'était réellement que celui du canal de l'urètre énormement dilaté. On devine aisément la cause de cette dilatation de l'urètre chez cette femme, mariée depuis plusieurs années. Cette occlusion du vagin était formée par un tissu solide et résistant ; on ne sentait aucune tuméfaction dans la région hypogastrique, comme on l'observe souvent dans des cas analogues, et il fut impossible de découvrir la plus petite ouverture au moyen d'une sonde. La malade assura n'avoir jamais eu aucune maladie inflammatoire des parties génitales. Cédant aux sollicitations de cette femme, le docteur Fletcher se décida à tenter de frayer une route jusqu'à la matrice, dont la présence était loin d'être prouvée, puisque rien n'annonçait qu'il y eut jamais eu sécrétion ou exhalation du flux menstruel.

La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, M. Fletcher procéda de la manière suivante : le doigt indicateur de la main, introduit dans le rectum pour s'assurer de l'état de cet organe, ne fit rien découvrir d'anormal, et fut laissé en place pour servir de guide pendant l'opération. Ayant choisi un point au centre même du tissu qui occupait, obstruait, fermait le vagin, et à égale distance, d'une part, de chaque grande lèvre, et d'autre part, de la commissure postérieure et de l'urètre, M. Fletcher enfonça un scalpel à deux tranchans à un pouce de profondeur, et incisant en même temps en haut en en bas, il pratiqua une ouverture suffisante pour introduire le doigt. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang, et l'instrument éprouva la même résistance dans tout le trajet qu'il parcourut. Le doigt fut introduit dans l'incision qui venait d'être pratiquée, mais ne put faire découvrir aucune ouverture. Alors le doigt fut retiré du rectum pour servir de guide dans une nouvelle incision, qui fut prolongée jusqu'à deux pouces de profondeur. « Je ne fus pas sans m'apercevoir, dit l'auteur, que j'avais entrepris une opération difficile, et je devais craindre qu'en cherchant à épargner la vessie, je ne pénétrasse dans le rectum. C'est pour éviter ce double écueil que je conçus le dessin d'introduire une grosse sonde de gomme élastique, comme celle dont on se sert pour le rectum, et de frapper dessus avec un maillet. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois, et eut un plein succès ; car au bout d'une semaine, on parvint à découvrir la matrice qui était saine et bien conformée. La malade retourna chez elle, ne tarda pas à être réglée et a eu depuis deux enfans. (Fletcher, *Medico-chirurgical notes and illustrations.* London, 1831. 4.° fig. p. 143).

Pharmacologie.

Des propriétés médicales du soufre : *extrait d'un mémoire communiqué par M. le docteur Toulmouche, médecin à Rennes.* — M. Toulmouche désirait vérifier les assertions émises sans preuve et souvent contradictoirement par les divers auteurs de matière médicale relativement aux effets du soufre administré à l'intérieur, et surtout, relativement aux doses auxquelles ces effets sont produits. Dans ce but, il s'est livré, dans les infirmeries de la maison centrale de détention de Rennes, à des essais cliniques. Une première série d'expérience fut faite avec le soufre sublimé non lavé; une seconde avec la même substance lavée; les deux séries comparativement sur les deux sexes. Tantôt on commençait par des doses minimes, qui étaient augmentées progressivement; tantôt on prescrivait tout d'abord les plus fortes. Le médicament était administré dans de l'eau d'orge, en agitant vivement et en faisant avaler de suite. Des essais ont été faits sur l'eau dans laquelle on avait fait bouillir le soufre, pour savoir si cette eau acquérait quelque propriété médicale.

1.° *Emploi du soufre sublimé non lavé chez l'homme.* — Huit individus de divers âges, et dans diverses conditions, furent soumis aux expériences. Sur les cinq hommes qui prirent le soufre non lavé à la dose de deux gros, il n'en résulta aucun effet purgatif sur trois. S'il en fut autrement chez un quatrième, chez lequel il y eut superpurgation; on doit l'attribuer à l'état particulier des voies digestives. Chez les autres, le même médicament eut, à la dose d'une demi-once, un effet légèrement purgatif.

Deux onces de soufre non lavé furent tenues longtemps dans douze onces d'eau soumise à l'ébullition. Le liquide, filtré, rougissait le papier de tournesol qu'on y plongea, mais bien faiblement; l'eau avait donc dissous la quantité bien minime d'acide sulfureux retenu par le soufre dans une quantité incapable d'agir sur l'économie animale. En effet, la décoction, administrée à doses croissantes à quatre individus, n'agit qu'une seule fois, et encore bien faiblement, puisqu'elle ne provoqua qu'une selle. Huit onces de soufre avaient cependant été employées en une seule fois pour la décoction.

Cette même décoction de soufre ne fut pas plus énergique, administrée en lavement, que ne l'est de l'eau simple.

2.° *Emploi du soufre lavé chez l'homme.* — Administré à la dose de deux gros chez deux individus, il produisit un effet laxatif plus prononcé que ne l'avait été celui du soufre non lavé. A la dose d'une demi-once et d'une once, il produisit, dans trois autres cas, un effet purgatif. Dans l'un d'eux, il y eut même superpurgation, ce qui parut dépendre d'une irritabilité anormale de la membrane muqueuse intestinale.

La décoction de soufre lavé a été trouvée tout-à-fait inerte. Elle ne communiquait à l'eau aucune propriété nouvelle.

3.° *Effet du soufre non lavé chez les femmes.* — Employé en substance chez plusieurs femmes dont les maladies non fébriles étaient étrangères aux organes digestifs, le soufre non lavé n'a eu, à la dose de un gros, aucune propriété purgative. Il n'en a plus été de même à celle de deux gros.

Administré à la dose d'une demi-once chez neuf autres femmes, il ne produisit d'effet purgatif que sur deux d'entr'elles; résultat tout-à-fait contradictoire au précédent. La même substance, à la dose d'une once, fut presque inerte chez trois autres femmes auxquelles elle fut donnée. A la dose de deux onces, elle ne produisit qu'un effet purgatif ordinaire.

La décoction d'une once de soufre non-lavé, au contraire, a eu un effet purgatif assez constant, et encore plus marqué à celle de deux onces; tandis que la décoction d'une plus forte dose n'avait eu aucun effet chez les hommes.

4°. *Effet du soufre sublimé lavé chez les femmes.* — Ce médicament employé à la dose de deux gros n'eut pas d'autre effet que le soufre non-lavé. A la dose d'une once il n'a pas de propriété purgative plus prononcée que ce dernier.

Il est à remarquer qu'en général les évacuations alvines auxquelles donna lieu l'administration du soufre en poudre, n'étaient pas aussi liquides qu'avec les autres purgatifs, même en tenant compte du soin que l'on avait de ne donner aucune boisson pour en faciliter les effets; que la matière des selles était molle, verdâtre et encore moulée; que leur odeur a souvent été un peu celle de l'hydrogène sulfuré, mais que les gaz rendus par les malades l'offraient bien davantage; que ce médicament, à quelque dose qu'on l'ait donné, n'a jamais produit d'irritation d'estomac, mais seulement dans quelques cas de la pesanteur, et généralement quelques coliques, lorsque toutefois la quantité était un peu forte; que la décoction de soufre a provoqué des selles plus liquides et a exigé de moindres doses.

En résumé, l'auteur conclut qu'on peut regarder les fleurs de soufre en poudre, lavé ou non-lavé, comme légèrement purgatives pour les deux sexes, à la dose d'une demi-once et plus; mais qu'en général elles constituent un remède incertain, inégal dans sa manière d'agir et très-désagréable à prendre.

Académie royale de Médecine.

Séance du 31 *mars* 1835. — Remède contre la morsure des serpens venimeux. — M. Sanson envoie à l'Académie l'échantillon d'une plante,

dont la liqueur est employée aux Indes contre la morsure des reptiles, et passe pour avoir de l'efficacité contre la rage. — A cette occasion, M. Breschet mentionne les expériences qu'il a faites avec M. Pravaz, sur du venin de divers serpens, desséché ou conservé dans l'alcool. Il résulte de ces expériences, que ces venins se conservent très-bien et ont autant d'énergie alors qu'à l'état frais; et en outre, qu'on peut, à l'aide de décharges galvaniques, décomposer le venin dans la plaie et arrêter ses effets délétères. — L'échantillon de la plante en question est renvoyé à la Commission des remèdes secrets.

— M. Serre, de Montpellier, adresse une lettre sur un nouveau procédé de *chéiloplastie* dont il est l'inventeur.

Luxation complète du tibia en arrière. — M. Gimelle fait un rapport sur un mémoire de M. Blanchard, de Reims, qui a pour objet une observation intéressante de luxation complète du tibia en arrière. A l'occasion de ce mémoire, le rapporteur s'est livré à des expériences sur le cadavre, d'où il résulte que cette luxation, qui avait été niée ou regardée comme presque impossible, peut avoir lieu, lorsque, le tibia étant fixé, une puissance suffisante agit sur le fémur pour en déplacer l'extrémité inférieure en avant. Toutefois, M. Gimelle a été obligé d'opérer préalablement la section des ligamens croisés. — M. Londe saisit cette occasion pour parler d'une espèce particulière de luxation du genou, dont il a été lui-même le sujet et qui paraît être celle que sir A. Cooper a décrite sous le nom de *Luxation des condyles du fémur sur les cartilages semi-lunaires.* — M. Gimelle pense que les cas de cette espèce ne sont point des cas de luxation; mais qu'il existe alors ordinairement quelque corps fibreux dans l'articulation. — M. Amussat a essayé plusieurs fois d'effectuer cette luxation sur le cadavre, mais en vain. Il est vrai qu'il n'avait point divisé les ligamens croisés. Il avait eu l'idée de le faire, mais il avait été retenu par cette considération que dès-lors il ne serait plus possible d'apprécier les dégâts que la luxation peut produire. Il demande, en conséquence, à M. Gimelle, comment il a opéré cette section, par où il a fait pénétrer l'instrument, et par quel mécanisme il a produit la luxation. — M. Gimelle répond qu'il a ouvert quatre fois l'articulation par son côté interne et antérieur, et les deux autres fois par sa face postérieure. Les ligamens croisés étant coupés, il plaçait la cuisse sur une table, et il produisait la luxation au moyen d'un coup violent assené brusquement avec un lourd morceau de bois sur la partie antérieure et supérieure de la jambe. — Le mémoire et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

— M. Merat lit un long rapport sur le pain de riz de M. Arnal. La discussion que ce rapport soulève reste inachevée et est continuée à la séance suivante.

Tumeurs érectiles. — M. Lisfranc présente à l'Académie, une tumeur érectile qui occupait toute l'étendue du sein d'une petite fille de deux ans. Cet enfant portait sept tumeurs de la même nature. Trois ont été enlevées avec succès à des époques différentes. Les quatre qui restent sont peu volumineuses et pourront être enlevées probablement au moyen de deux autres opérations.

Cancer mélané enkysté. — Le même membre présente une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui siégeait entre la paupière inférieure et la membrane muqueuse qui tapisse sa face postérieure. Cette tumeur, qui offrait un exemple de cancer mélané enkysté, n'avait contracté aucune adhérence dans l'orbite : aussi pût-on l'attirer en avant, après avoir pratiqué une incision d'un demi-pouce sur la commissure externe des paupières. Elle adhérait à la partie inférieure et postérieure de la paupière par un pédicule mince, long d'environ un pouce, qui fut divisé d'un seul coup de ciseaux.

Séance du 4 avril. — M. Maingault lit un mémoire sur l'*inflammation des coulisses des radiaux externes*. Ce mémoire est renvoyé au Comité de publication. — Cette séance est complétée par la lecture de deux autres mémoires.

Séance du 7 avril. — **Cure radicale des hernies.** — L'Académie reçoit de M. Gerdy un mémoire sur ce sujet. Ce professeur a imaginé, pour la guérison radicale des hernies, une opération nouvelle qui se résume dans les circonstances suivantes : Former avec la peau un bouchon qui remplisse et ferme l'ouverture herniaire ; et remplacer ainsi la hernie des viscères vers l'extérieur par une sorte de hernie du dehors au dedans. Pour atteindre ce but, après avoir fait la réduction de la hernie, il pousse la peau dans l'intérieur du canal ou de l'ouverture qu'il vient de rendre libre, et fait avec cette peau, ainsi poussée à l'intérieur, un cul-de-sac en forme de doigt de gant, qui occupe le passage par où s'échappaient les viscères ; puis il fixe la peau dans cette position par quelques points de suture qui attachent le fond du cul-de-sac avec les parois du canal herniaire, et qui, produisant l'inflammation des tissus qu'ils embrassent, détermine l'adhérence de ces parties. Ensuite, il enflamme l'extérieur de la peau invaginée ou l'intérieur du cul de sac, avec de l'ammoniaque concentrée, et cette irritation produit ou une sécrétion de matière organisable qui fait adhérer immédiatement les parois du cul-de-sac entr'elles, ou la suppuration de ces parois et par suite encore leur mutuelle adhésion. M. Gerdy n'a encore opéré que sur deux malades ; chez le premier, le succès a été complet. — Commissaires, MM. Larrey ; Roux et Amussat. Nous publierons plus tard de plus amples détails sur ce sujet.

Pain de riz. — La discussion est reprise sur le pain de riz de M. Arnal. L'Académie adopte, après une longue discussion, la réso-

lution suivante, sur la proposition de M. Double : des remercîmens sont adressés à la Commission pour les lumières qu'elle a répandues sur ce sujet, et la décision de l'Académie est ajournée jusqu'à plus ample informé.

Tumeur blanche. — M. Lisfranc présente une pièce pathologique provenant d'un sujet auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche en partie osseuse, siégeant sur l'articulation tibio-fémorale, dans laquelle pénétrait une fistule. Cette pièce offre une luxation spontanée incomplète de la rotule en dehors. Cet os n'est en rapport qu'avec le condyle externe du fémur, dont l'extrémité inférieure ainsi que la partie supérieure du tibia ont doublé de volume. Sciés parallèllement à leur axe, ces os offrent des traces évidentes d'inflammation. Leur tissu est extrêmement rouge et ramolli.

Séance du 14 avril. — **Choléra.** — M. Robert, de Marseille, annonce la fin du choléra dans cette ville depuis le 2 avril. Du premier décembre au premier avril, l'épidémie a fait 756 victimes. Dans les derniers temps elle a surtout frappé les femmes; ainsi, le 16 mars, sur 18 décès on comptait 14 femmes.

Empoisonnement attribué a une décoction d'ortie. — M. Fiard adresse l'observation suivante à l'Académie : Une femme de 38 ans, mère de douze enfans, affectée d'une maladie de l'estomac et de pertes blanches, prit, d'après l'avis d'une somnambule, deux tasses d'une décoction chaude d'ortie. Le lendemain matin, à quatre heures, fourmillemens, chaleur, engourdissement et cuisson de la peau de la face, des bras, des épaules et de la poitrine; yeux bouffis, œdémateux, ainsi que les lèvres, le nez et les oreilles. A midi, le gonflement et la rougeur s'étendent jusqu'à l'ombilic; il s'élève des vésicules faciles à rompre, et donnant une sérosité abondante. Ces accidens s'accroissent; la parole est difficile, l'angoisse devient extrême (saignée, bain de pieds, émulsion, etc.). Le cinquième jour, les accidens étaient presque entièrement dissipés; il y a eu une desquammation de la peau. Deux circonstances remarquables de cette observation, c'est que la sécrétion urinaire, suspendue pendant douze jours, n'a reparu que par l'usage de diurétiques énergiques, et que la sécrétion du lait s'est établie dans les seins de cette femme trois ans après son dernier accouchement, bien qu'elle eût eu douze enfans sans en avoir jamais nourri aucun. — Commissaires, MM. Ollivier et Orfila.

Luxations du genou. — M. Larrey fait une communication sur ce sujet : il ne croit point aux luxations complètes du tibia. Toujours ou presque toujours les luxations de l'articulation tibio-fémorale sont incomplètes, et la difformité est si considérable qu'il n'est pas étonnant qu'on se soit trompé sur le diagnostic de ces lésions. Dans ces

luxations, il faut se hâter de combattre les accidens inflammatoires consécutifs et placer le membre dans un appareil inamovible afin de déterminer l'ankylose, seul moyen de guérison solide et durable. Sans cette ankylose, le malade ne peut marcher qu'avec une béquille et le membre blessé reste le siége d'une faiblesse qui provient de ce que les ligamens croisés ne se recollent point. Dans l'observation rapportée par M. Larrey, un des condyles du fémur faisait saillie à travers la peau. Le malade n'ayant point voulu se soumettre à l'amputation, on put observer l'état du cartilage dénudé de la synoviale qui avait d'abord formé une couche muqueuse sur sa surface, et s'était exfoliée ensuite. Ce cartilage ne changea point de couleur et resta dans son état normal. Le contact des métaux sur sa surface, et plusieurs lamelles qu'on enleva de son épaisseur, ne produisirent aucune sensation au malade. Les écailles enlevées étaient parfaitement diaphanes; preuve que ces cartilages sont entièrement dépourvus de vaisseaux. Loin de s'enflammer et se gonfler, le cartilage commençait à se détacher par petites parcelles de la circonférence au centre lorsqu'on pratiqua l'amputation. — M. Gimelle fait observer, contradictoirement aux opinions de M. Larrey, que dans l'observation d'Heister, dans celle de M. Sanson, et dans celle sur laquelle il a fait un rapport dans la séance du 31 mars dernier, il n'y a pas eu d'accidens ni ankylose, et que la guérison a même été plus rapide qu'on n'eût osé l'espérer. — M. Sanson persiste à croire que l'observation qu'il a consignée dans son ouvrage, est bien réellement une luxation complète; en effet, il y avait un raccourcissement du membre. — La note de M. Larrey est envoyée au comité de publication.

M. Pariset donne lecture d'un long et intéressant travail en réponse à M. Gaymard, médecin de l'expédition envoyée à la recherche de la Lilloise, et qui avait demandé des instructions à l'Académie de médecine, pour ce voyage. Ce travail qui n'a, du reste, que des rapports très-indirects avec les sciences médicales, est renvoyé au comité de publication.

Séance du 21 avril. — L'Académie décide qu'on ne nommera pas une nouvelle commission pour examiner le pain de riz de M. Arnal. — M. Girardin lit un rapport sur la vaccine.

Académie royale des Sciences.

Suite de la séance du 16 mars. — ORGANOGÉNÉSIE. — Nous croyons devoir reproduire ici le rapport remarquable que M. Dutrochet a fait sur le mémoire de M. Coste, ayant pour titre : *Recherches sur la génération des mammifères, et le développement de la brebis*; rapport

que le défaut d'espace nous a empêché d'insérer dans le dernier Numéro.

L'œuf de la brebis est un de ceux que l'on a le plus anciennement observés, car son étude remonte à Galien qui a donné à ses enveloppes les noms qu'elles portent encore aujourd'hui. Il a nommé *chorion* l'enveloppe vasculeuse extérieure de l'œuf; *amnios* l'enveloppe sans vaisseaux qui entoure immédiatement le fœtus, et *allantoïde* la poche non vasculeuse qui reçoit l'urine. Les autres enveloppes fœtales lui ont échappé. La plupart des anatomistes modernes ont appliqué le nom de *chorion* à d'autres membranes non vasculeuses, et le nom d'allantoïde à une poche urinaire vasculeuse, en sorte qu'il existe dans cette partie de la science, une confusion qui rend souvent difficiles à comprendre les auteurs qui en ont traité. Cette confusion, dit le rapporteur, provient de ce qu'on n'est point parvenu à définir exactement les diverses enveloppes fœtales. Pour y arriver, il est indispensable de prendre l'œuf à son origine et d'en suivre les développemens : c'est ce que plusieurs observateurs ont tenté de faire, et cela dans le but de rechercher quels sont les premiers phénomènes de l'imprégnation. M. Coste, dans le travail qu'il a soumis à l'Académie, ne s'étant occupé que de l'œuf de la brebis, le rapporteur se borne à parler des recherches antérieures relatives au développement des ruminans, et après avoir annoncé que les fameuses expériences d'Harvey n'avaient, non plus que les recherches de l'illustre Haller, conduit à aucune connaissance satisfaisante sur l'origine et la nature des diverses enveloppes chez les mammifères, il arrive directement à ses propres travaux sur cet objet.

En 1813, à la suite de recherches sur l'œuf des oiseaux, il fut conduit à s'occuper de ce problème. Il avait observé chez ces derniers, le fait très-remarquable de l'enveloppement du poulet par une double membrane vasculaire formée par la plicature de la vessie ovo-urinaire en une double coiffe. Il avait découvert que cette double enveloppe vasculaire recevait exactement les mêmes vaisseaux que le placenta du fœtus des mammifères, c'est-à-dire, les deux artères et la veine ombilicale. Il lui parut dès-lors infiniment probable que le placenta simple ou multiple des fœtus des mammifères, était une dépendance de la vessie ovo-urinaire, et que ce fœtus devait avoir, comme le poulet, une double enveloppe vasculaire formée par la plicature de cette même vessie ovo-urinaire. Dans le but de vérifier ce soupçon, il étudia le fœtus de la brebis dans les premiers temps de la gestation, et il ne tarda pas à acquérir la preuve que l'enveloppement de ce fœtus s'opérait exactement comme l'enveloppement du poulet. Il vit les deux enveloppes vasculaires qui l'entouraient et qui appartenaient toutes les deux à la vessie ovo-urinaire, ployées en double coiffe autour du fœtus; il vit naître les nombreux placentas

ou cotylédons par un développement en épaisseur du tissu de la plus extérieure de ces deux enveloppes, développement qui n'avait lieu qu'aux points de contact de la membrane vasculaire fœtale avec les éminences dont l'utérus de la brebis est parsemé. Il vit et il démontra la continuité du pédicule de la vésicule ombilicale avec l'intestin, fait jusqu'alors fortement controversé.

Vint ensuite le travail plus étendu de feu M. Cuvier, sur les œufs des quadrupèdes, dans lequel fut confirmée l'identité de structure de l'œuf des quadrupèdes et de l'œuf des oiseaux, telle que l'avait établie M. Dutrochet. Mais, dit le rapporteur, cet illustre naturaliste ne reconnut point que le fœtus des ruminans est enveloppé, comme celui des oiseaux, par la *vessie ovo-urinaire*, qui est très-distincte de son allantoïde. Ce fut sans doute la confusion de ces deux objets différens auxquels le même nom d'allantoïde était appliqué, qui fit qu'il ne reconnut point l'enveloppement dont il est ici question.

Les travaux qui viennent d'être énumérés ne remontent point, dans l'étude des ruminans, à une époque antérieure à celle où s'accomplit l'enveloppement du fœtus par la vessie ovo-urinaire ; il restait par conséquent à savoir ce qui se passe auparavant dans cet œuf. C'est ce que Baër a recherché. Cet auteur a très-bien observé l'œuf des mammifères, et notamment celui des ruminans dans l'ovaire. Il a vu que l'œuf dans l'ovaire est contenu dans le liquide qui remplit la vésicule de Graaf, vésicule qu'il considère comme un grand œuf qui en contient un plus petit. La vésicule de Graaf ou le grand œuf, est, selon lui, analogue à l'œuf ovarien des oiseaux, et le petit œuf qu'il contient est analogue à la vésicule de Purkinje, qui est contenue dans l'œuf ovarien des oiseaux.

La vésicule de Graaf est l'œuf, par rapport à la mère ; la vésicule de Purkinje, ou vésicule du germe, est l'œuf par rapport au fœtus qu'elle développe seule, c'est la vésicule de Purkinje des oiseaux qui, chez les mammifères, devient l'ovule. Ce dernier, observé dans l'ovaire, offre une petite cavité intérieure, située dans la matière granuleuse, et une membrane externe. Il passe avec cette membrane dans la trompe utérine, et il s'y développe conjointement avec elle. Baër nomme membrane corticale cette membrane que l'ovule apporte de l'ovaire; il la considère comme l'analogue de la membrane testacée de l'œuf, et cela, dit le rapporteur, très-mal à propos, car cette dernière est le produit d'une sécrétion de l'oviducte. En dessous de cette membrane, l'œuf, qui a commencé à se développer en grosseur dans l'utérus, présente une seconde membrane qui paraît composée de granules, à laquelle Baër donne le nom de *membrane vitellaire*. A partir de cette époque jusqu'à celle de l'apparition de l'embryon déjà pourvu de son allantoïde (*vessie ovo-urinaire*), l'auteur n'a

point observé l'évolution de l'œuf des mammifères ; il commence l'observation de cette évolution à l'époque que nous venons d'indiquer. Alors il a vu dans l'œuf de la truie, et dans celui des femelles des ruminans, qu'il existait à chaque bout de l'œuf un prolongement tubuleux formé par la membrane la plus externe, *l'allantoïde* (*vessie ovo-urinaire*). Ici s'arrêtent les observations de Baër sur l'évolution de l'œuf des mammifères, et spécialement sur celui des ruminans.

Rien ne manque à l'exactitude des faits observés par Baër ; mais, dit le rapporteur, la théorie qu'il déduit de la coordination de ces faits est en partie erronée. Il est, et il sera désormais évident pour tout anatomiste, ainsi que l'ont établi MM. Prevost et Dumas, que la vésicule de Graaf est la capsule de l'œuf des mammifères. Cette capsule est l'analogue de la capsule ovarienne de l'œuf des oiseaux, dont elle diffère seulement en ce que l'œuf qu'elle contient est flottant dans un liquide, au lieu d'être comme étroitement enveloppée et sans intermédiaire de liquide comme dans le cas des oiseaux. La matière granuleuse que contient l'ovule ou l'œuf ovarien des mammifères, est l'analogue de la matière granuleuse jaune du vitellus des oiseaux. La membrane externe de l'œuf des mammifères (membrane ovarienne de Baër) est l'analogue de la membrane propre du vitellus des oiseaux ; quant à la membrane que Baër nomme vitellaire, on ne peut se dispenser de reconnaître avec lui et avec Rathke, son analogie avec la membrane blastodermique de l'œuf des oiseaux, puisque, comme elle, elle devient plus tard le sac ou appendice intestinal, nommé chez les mammifères *vésicule ombilicale*. L'œuf ovarien contenu dans la vésicule de Graaf étant reconnu pour le véritable œuf des mammifères, il devient probable qu'on y trouvera une vésicule analogue à celle que Purkinje a trouvée dans l'œuf ovarien des oiseaux. Cette vésicule nous semble avoir été aperçue par Baër, qui a noté dans l'œuf ovarien des mammifères qu'il prenait pour la vésicule de Purkinje, l'existence d'une petite cavité intérieure qui entraîne implicitement celle d'une membrane vésiculaire qui la limite.

Or, comme Baër n'a pu apercevoir cette petite cavité intérieure située dans la couche épaisse de granulès qui remplit presque entièrement le petit œuf ovarien, qu'au moyen de sa transparence ou de sa moindre opacité, il en résulte que c'est exactement la même chose que ce qui a été vu récemment par M. Coste, dans l'œuf ovarien de la lapine. Nous avons rendu compte, dit M. Dutrochet, dans notre rapport sur le travail de cet observateur relatif à l'ovologie du lapin, de la découverte qu'il croyait avoir faite de la vésicule de Purkinje. Si, comme cela peut paraître probable, l'aire circulaire demi-transparente que l'on voit dans l'œuf ovarien de la lapine, est effectivement la vésicule de Purkinje, la découverte réelle appartiendrait à

Baër, qui, en la voyant, l'aurait méconnue, entraîné qu'il était par d'autres idées; mais il resterait à M. Coste le mérite de l'avoir reconnue.

Puisque nous sommes amenés à parler ici de notre dernier rapport sur le travail de M. Coste, nous croyons, dit M. Dutrochet, devoir présenter ici une observation que nous ne fîmes point alors. Les travaux de M. Coste sur l'ovologie du lapin, furent présentés à l'Académie dans plusieurs communications successives, lesquelles furent toutes renvoyées à la même commission. Les journaux qui rendent compte des séances de l'Académie, donnèrent au fur et à mesure l'analyse de ces travaux successifs. Or, M. Coste, par nos avis, supprima entièrement son premier travail.

Parmi les communications subséquentes que M. Coste fit à l'Académie sur le même sujet, il s'en trouva encore une que, par nos avis, il dût supprimer entièrement; il reconnut qu'il s'était trompé, et il accepta la manière dont nous envisagions les phénomènes qu'il mettait sous nos yeux. Mus par un sentiment de bienveillance, nous crûmes devoir nous abstenir de parler, dans notre rapport, des parties du travail retirées par M. Coste. Nous eûmes tort; car les journaux se contentèrent, et avec assez de raison, de dire que notre rapport était favorable au travail de M. Coste, et renvoyèrent aux analyses qu'ils avaient précédemment données. De cette manière, la commission était censée avoir donné son approbation à tout ce que M. Coste avait présenté à l'Académie sur ce sujet, ce qui est très loin d'être vrai.

Le rapporteur passe, après ce préambule, aux recherches de M. Coste relatives à l'œuf de la brebis. L'auteur a trouvé l'ovule de la brebis dans la vésicule de Graaf, nageant au milieu du liquide que contient cette vésicule. En le plaçant sous un microscope, on y aperçoit, comme dans l'ovule de la lapine, une aire circulaire demi-transparente qui paraît, comme il a été dit, indiquer la présence d'une vésicule fort petite qui serait celle de Purkinje. Cette aire, ainsi que nous l'avons déjà rappelé, avait été indiquée par Baër.

M. Coste admet que cet ovule ovarien, qui est libre d'adhérence avec la vésicule de Graaf qui le contient, est exhalé par cette vésicule. Cette hypothèse, toute gratuite, ne nous apprend rien, dit le rapporteur, sur la véritable origine de l'ovule.

Le cinquième jour après la conception, M. Coste a trouvé l'ovule encore globuleux et ne s'étant pas sensiblement accru, dans la corne de l'utérus correspondante à l'ovaire dont il provenait. Il était constitué par deux vésicules emboîtées, l'une que M. Coste nomme *vitelline* et que l'ovule a apportée de l'ovaire; l'autre intérieure, qui n'existe que depuis la conception, et que l'auteur nomme vésicule ou membrane *blastodermique*. Les commissaires admettent l'existence de ces

faits, mais sans avoir eu l'occasion de les constater pour la brebis.
« M. Coste, poursuivent-ils, s'emparant d'une hypothèse émise et abandonnée par Purkinje, admet sans difficulté comme sans preuve que la petite vésicule intérieure de l'ovule ou vésicule présumée de Purkinje, se rompt lorsque cet ovule arrive dans l'utérus ; ensuite, plus hardi encore dans ses hypothèses, il décide avec assurance que la vésicule blastodermique, laquelle devient plus tard la poche qui constitue la vésicule ombilicale et qui est, comme on sait, un appendice de l'intestin, est formée de toutes pièces par la condensation de la matière que contient cette vésicule, matière qui est l'analogue de celle que renferme le vitellus de l'oiseau. Nous ne nous arrêterons pas, comme on peut bien le penser, à l'examen de cette hypothèse ; elle tient à une théorie générale de la formation de l'embryon que MM. Delpech et Coste ont publiée précédemment, théorie dans laquelle ils construisent l'embryon de toutes pièces avec des matériaux tout préparés et qui n'ont besoin que d'être mis en place. Ces matériaux sont ceux qui constituent la matière du vitellus.

» L'idée de former la membrane blastodermique de l'ovule, ou, ce qui est la même chose, la vésicule ombilicale du fœtus, par une condensation de la matière contenue dans l'ovule, a été depuis introduite par M. Coste dans son mémoire sur l'ovologie du lapin. Nous ne l'avons point aperçue dans son mémoire manuscrit sur lequel nous avons fait précédemment à l'Académie un rapport approbatif ; nous n'aurions pas manqué d'exprimer dans notre rapport que cette théorie toute hypothétique demeurait étrangère à notre approbation, qui ne portait et ne devait porter que sur les faits démontrés. A l'occasion de ce débordement d'opinions hasardées, nous ferons observer que l'on peut se permettre de les donner au public, mais qu'on devrait s'abstenir de les présenter à un corps savant, grave et sévère conservateur des bonnes doctrines.... »

Le huitième jour après la conception, l'ovule de la brebis a subi un changement de forme, il s'est alongé dans le sens de l'un de ses diamètres ; il est devenu en quelque sorte semblable à un ver. Les commissaires ont reconnu que cet œuf, ainsi que l'annonçait M. Coste, se composait de deux vésicules vermiformes emboitées. Ces deux vésicules sont, en dehors, la *vitelline,* et en dedans, la blastodermique qui, au lieu de rester sphérique comme dans le lapin, se sont converties en deux canaux cylindriques, longs de 5 à 8 lignes.

Du 9.e au 13.e jour, l'œuf, toujours constitué comme il vient d'être dit, s'accroît progressivement en longueur, et comme il marche en serpentant entre les éminences dont la surface extérieure de l'utérus est parsemée, il en résulte que sa longueur est plus grande que celle de cet organe.

Du 13.e au 14.e jour, il se forme autour de l'œuf une fausse mem-

brane opaque, blanchâtre, qui se détruit assez promptement quand on tient l'œuf dans l'eau. Cette fausse membrane, dont l'analogie a été déjà signalée par M. Coste dans l'œuf de la lapine, est désignée par lui sous le nom de *membrane corticale*, suivant, dit-il, en cela, Baër.

M. Coste est ici dans l'erreur; Baër nomme membrane corticale l'enveloppe la plus extérieure de l'ovule dans l'ovaire. Mais ensuite voulant chercher l'analogie de cette enveloppe dans l'œuf des oiseaux, il l'a faussement comparée, ainsi qu'il a été dit, à l'*enveloppe testacée* que l'on sait être formée par une secrétion de l'oviducte. De ces deux assertions émises sur la même enveloppe, qui consistent l'une dans un fait, l'autre dans une analogie erronée, M. Coste a choisi la seconde; il a donné le nom do *membrane corticale* à la fausse membrane déposée autour de l'œuf par la secrétion de l'utérus. Il résulte de là une confusion déplorable qui s'ajoute à celles déjà si nombreuses qui existent dans la nomenclature des enveloppes fœtales; toutefois, poursuit M. Dutrochet, en parlant du travail de M. Coste, nous emploierons ses dénominations.

Dans l'œuf de la brebis, vers le 15.ᵉ jour après la conception, le premier rudiment de l'embryon apparaît sous forme d'une tache circulaire à la face externe de la membrane blastodermique. Cette tache, le jour suivant, s'aggrandit en devenant elliptique, et les premières formes de l'embryon commencent à se dessiner; avant le 17.ᵉ jour il a déjà deux lignes de longueur. C'est à cette époque que M. Coste a vu et fait voir aux commissaires la naissance de la vessie ovo-urinaire. Elle prend son origine près de l'extrémité antérieure de l'embryon comme cela a lieu chez le poulet; elle a la forme d'un croissant dont la concavité est tournée vers l'embryon, auquel elle adhère par le milieu de cette même concavité.

« Ici, disent les commissaires, M. Coste a cru apercevoir un fait nouveau. Il lui a semblé voir dans cet embryon, long seulement de deux lignes, que la vessie ovo-urinaire naissante n'est qu'une expansion, un cul-de-sac de la vésicule ombilicale. Cette continuation, dit-il, m'a long-temps et sérieusement occupé, et j'ai consacré huit brebis à constater son existence. Les commissaires n'ont pu voir rien de pareil. Il est si facile, disent-ils, dans des observations microscopiques, de prendre la contiguité pour la continuité, que l'on peut, sous ce point de vue, excuser l'erreur de M. Coste; il ne l'eût pas commise au reste, s'il eût mieux connu la structure de l'œuf des oiseaux. La vésicule ombilicale des mammifères est l'analogue de la poche intestinale qui contient la matière du vitellus du poulet. Elle doit nécessairement avoir la même structure et les mêmes rapports, et en raison de ses plus grandes dimensions, elle offre beaucoup plus de facilité pour l'étude. Or, chez le poulet, il est de la plus complète évidence que

la vessie intestinale n'est point une extension de la partie intestinale du vitellus. Il est donc certain que M. Coste a été trompé par une illusion d'optique quand il a cru voir la vessie ovo-urinaire naître d'une extension appendiculaire de la vésicule ombilicale; au reste, il ne présente cette opinion qu'avec réserve, tout en y voyant le principe d'une très-grande découverte si elle se confirme.

Revenant à la structure de l'œuf de la brebis, nous trouvons qu'au quinzième jour, époque de l'apparition de la vessie ovo-urinaire, il se compose de dehors en dedans, 1.° de la membrane adventive que l'auteur appelle *corticale*; 2.° de la membrane propre que l'ovule possédait dans l'ovaire et que M. Coste nomme *vitelline*, membrane vivante qui s'est déjà considérablement développée, et qui, plus tard, se confond par adhérence organique avec la vessie ovo-urinaire qu'elle recouvre. Cette vie indépendante de l'enveloppe primitive de l'ovule est un fait très-remarquable, ce qui ne paraît pas avoir attiré l'attention de M. Coste.

3.° La troisième membrane de l'œuf de la brebis est la *blastodermique*, long boyau rempli de liquide, auquel la membrane précédente forme une enveloppe close de toutes parts et de la même configuration. Ce canal membraneux blastodermique formera les deux longues cornes de la vésicule ombilicale. L'embryon, de l'intestin duquel il est un appendice, est situé à sa face externe et vers son milieu. Cet embryon vient de produire, comme on l'a dit, la vessie ovo-urinaire, laquelle est par conséquent logée comme la vésicule vermiforme blastodermique dans la cavité de la vésicule vitelline alongée de même en canal, et doit, en se développant, s'assujettir à la forme de cette enveloppe. La vessie ovo-urinaire en se développant, tend à envahir la cavité de la vésicule vitelline que la vésicule ombilicale remplissait seule auparavant, et pénètre dans ses deux prolongemens tubuleux opposés, ainsi que l'avait bien observé Baër. Bientôt, par suite de cette pression croissante, il s'établit, vers le 20.° jour, une adhérence organique entre la vessie ovo-urinaire de la membrane vitelline qui l'emprisonne. Cependant l'embryon continue de se développer; il subit divers changemens de position qui sont décrits avec soin par M. Coste.

En contact d'un côté avec la vessie ovo-urinaire qui est remplie par un liquide aqueux, il se loge dans une dépression qu'il y forme; bientôt cette dépression augmente de profondeur, le fœtus entouré de son amnios s'y enfonce de plus en plus, et finalement les bords de cette dépression se réunissent comme une bourse qui se ferme, et la nouvelle cavité qui contient le fœtus se trouve close. Alors ce dernier se trouve recouvert par une double enveloppe vasculaire formée par la plicature de la vessie ovo-urinaire, exactement comme cela a lieu chez le poulet.

Le vingt-neuvième jour après la conception, M. Coste a vu une membrane non vasculaire détachée de la face interne de la vessie ovo-urinaire avec laquelle elle était auparavant confondue. Cette membrane, qui forme une poche à part dans la vessie ovo-urinaire, contient ordinairement l'urine du fœtus ; on ne l'a encore observée, ainsi isolée, que chez les ruminans ; c'est elle seule que Galien a nommé allantoïde, elle seule a conservé ce nom chez le fœtus des ruminans ; c'est ce qui avait décidé M. Dutrochet à la distinguer de la poche vasculaire qui la contient, et à donner à celle-ci le nom de vessie ovo-urinaire, nom que M. Coste a adopté.

C'est aussi après quatre semaines environ depuis la conception, que l'on voit naître et se former les cotylédons placentaires, par le développement du tissu de la vessie ovo-urinaire, dans les endroits où elle correspond aux éminences qui garnissent l'intérieur de l'utérus.

Après quelques réflexions sur le point où sont arrivées les connaissances embryologiques par les travaux des différens anatomistes, en y comprenant ceux de M. Coste, le rapporteur se prononce en ces termes sur ce dernier travail : « Guidé par les découvertes de ses devanciers, M. Coste a suivi avec habileté la route qu'ils lui avaient tracée. Ses observations, soigneusement vérifiées par nous, ont le mérite de faire disparaître enfin toutes les incertitudes qui provenaient ou des assertions contradictoires, ou de la divergence des opinions émises par les précédens observateurs. Certes, ce n'est pas un médiocre service qu'il a rendu à la science. Son travail présente, dans une suite d'observations bien faites, toute la série des développemens de l'œuf de la brebis, depuis l'ovaire jusqu'à l'établissement du placenta. C'est une bonne monographie ovologique telle qu'il serait à désirer qu'il en existât une pour chaque famille de mammifères. Nous pensons que l'Académie doit continuer à donner ses encouragemens à cet observateur zélé, et nous n'hésiterions pas à demander l'impression du mémoire, si nous n'étions retenus par la considération des assertions hasardées que nous y avons signalées.

— M. Velpeau présente quatre mémoires à l'Académie : l'un sur les maux de gorge aigus, et notamment sur l'angine tonsillaire ; l'autre sur une inflammation de la bouche, causée par le pincement d'une portion de la gencive entre les dents de sagesse ; le troisième sur la brûlure, et le quatrième sur l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Nous insérerons ce dernier mémoire dans le prochain Numéro.

Emploi topique de l'alun dans l'inflammation de la bouche et des amygdales. — L'auteur, se fondant sur plus de quarante observations, a pour but de démontrer que la poudre d'alun portée à l'aide du doigt sur les parties malades, guérit à-peu-près constamment les inflammations aiguës de la gorge dans l'espace de quelques jours. L'efficacité de ce remède, dit-il, est aussi merveilleux que rapide.

Employé le premier, le deuxième, le troisième et le quatrième jours, tant qu'il n'y a point encore d'abcès dans l'amygdale enfin, il arrête les symptômes comme par enchantement, la fièvre tombe, le gonflement des parties diminue, l'appétit renaît, et la convalescence est bientôt franche et complète. L'alun avait déjà été mis en usage pour certains maux de gorge, dans l'angine maligne, par exemple, puis dans les angines chroniques, mais comme la plupart des médecins étaient restés convaincus qu'il devait être dangereux dans les inflammations ordinaires, son usage n'avait pas pris toute l'extension qu'il mérite. En montrant que c'est ici un moyen également puissant dans les angines simples et dans les angines couenneuses, M. Velpeau espère que les praticiens n'hésiteront plus à s'en servir dans ces différentes maladies, et que de nombreuses victimes seront ainsi soustraites à la mort.

Dans le second mémoire, M. Velpeau parle d'une maladie non décrite jusqu'ici, quoiqu'elle soit assez fréquente, et que l'alun guérit aussi. C'est une inflammation ordinairement fort aiguë, qui se montre à la face interne des joues, tout-à-fait au fond de la bouche, et qui est bientôt accompagnée de gonflement des parties voisines, de douleurs avec battemens, d'impossibilité d'écarter les mâchoires, de fétidité de l'haleine, et quelquefois de fièvre. La cause s'en trouve dans le pincement d'une partie de membrane muqueuse qui s'est avancée entre les dents molaires, de manière à s'y trouver comme mâchée. Quand on la traite par les émolliens, les émissions sanguines et autres moyens connus, elle peut se prolonger indéfiniment; à l'aide de l'alun en poudre on en triomphe au contraire dans l'espace de deux à quatre jours. Pour cela il suffit, comme dans les cas d'angines, que les surfaces malades en soient touchées matin et soir.

Traitement de la brulure. — M. Velpeau montre que chaque moyen proposé contre la brûlure ne convient qu'à certains degrés de cette maladie; que l'eau froide et les résolutifs, par exemple, bons pour le premier degré, ne suffisent plus dans le troisième ni dans le quatrième; que la solution de chlorure de chaux ou de soude, dont quelques chirurgiens croient avoir tant à se louer, n'est guères plus avantageuse en réalité que l'eau froide ou la solution d'extrait de saturne, mais qu'un remède également efficace dans les quatre premiers degrés de la brûlure est le pansement fait avec des bandelettes de diachylon gommé. L'auteur affirme qu'à l'aide de ce pansement, renouvelé tous les trois jours seulement, les brûlures du premier degré guérissent immédiatement, celles du deuxième degré en quatre ou six jours; celles du troisième en huit ou quinze jours, et celles du quatrième en quinze à trente jours. La cicatrice se fait alors par dessiccation par une foule de points à-la-fois, et non de proche en proche, ou de la circonférence au centre, comme il arrive sous l'influence des autres médicamens.

Séance du 23 *mars*. — INSTRUMENT POUR MESURER LA TEMPÉRATURE DE L'INTÉRIEUR DES ORGANES. — M. Becquerel lit sur ce sujet la note suivante : L'Académie se rappellera que je lui ai présenté, il y a un an, le commencement d'un travail sur les applications des forces électriques à la végétation ; j'ai continué depuis ces recherches, et je me suis convaincu que pour en retirer des conséquences utiles à la science, je devais d'abord m'attacher aux phénomènes les plus simples, à ceux qui servent de base à la théorie électro-chimique, c'est-à-dire, aux effets calorifiques qui ont lieu constamment dans les végétaux comme dans les animaux.

Pour étudier de semblables effets, j'ai dû employer des appareils autres que les thermomètres, et qui permissent de déterminer la température d'une partie quelconque d'un corps organisé sans produire de lésion capable d'altérer la vitalité. Ces appareils consistent en sondes ou aiguilles formées de deux métaux mis en communication avec un excellent galvanomètre. Ces sondes sont introduites dans tous les tissus et les organes, par les procédés de l'acupuncture, et la température est déterminée par l'intensité des courans thermo-électriques produits par la chaleur que prend la soudure dans la région où elle se trouve.

Pour faire de semblables recherches, j'ai dû m'adjoindre un anatomiste habile qui eût à sa disposition tous les moyens dont j'avais besoin ; j'ai cru devoir m'adresser à M. Breschet, qui a bien voulu accepter ma proposition. Les expériences sont commencées depuis huit jours, et les résultats auxquels nous sommes déjà parvenus nous font espérer que ces recherches ne seront pas sans intérêt pour la science.

Dans la séance du 30, M. Becquerel, revenant sur ce sujet, rapporte que ses recherches ont eu pour résultat de montrer qu'il existe une différence de 2° et demi environ entre la température du tissu cellulaire et celle des muscles dans l'homme. La température des muscles, celle du poumon, du foie, de l'abdomen, du cerveau, dans le chien, est la même ; ou, s'il y a une différence, il est probable qu'elle est moindre d'un demi-degré.

M. Leroy, d'Etiolles, lit le résumé de trois mémoires : 1.° sur *l'extraction de fragmens de pierres, de l'urètre* ; 2.° *sur de nouveaux instrumens pour le traitement des maladies de la prostate, et des rétentions d'urine qu'elles produisent* ; 3.° *sur un nouveau mode de compression pour déterminer l'oblitération des artères des membres dans l'anévrysme.*

La compression des artères, pour déterminer l'oblitération de ces vaisseaux et obtenir la cure des tumeurs anévrysmales, serait certainement préférable à la ligature, si elle pouvait avoir la même efficacité, car elle ne cause ni douleur ni effusion de sang. M. Leroy,

d'Etiolles, examine pour quelle raison la compression n'a point eu jusqu'ici le succès que l'on s'en était promis ; puis il fait connaître le procédé qu'il a imaginé et les expériences qu'il a faites sur les animaux pour en constater l'efficacité. Ce procédé consiste à établir la compression médiate sur deux points de l'artère, distans l'un de l'autre de deux pouces environ. La portion de sang isolée de la sorte se coagule plus facilement que dans le procédé de compression ordinaire qui porte sur un point seulement. Pour accélérer la formation du caillot. M. Leroy tient de la glace appliquée sur la partie ; il favorise ainsi, dit-il, la coagulation de l'albumine de la portion stagnante, au moyen de l'acupuncture et du galvanisme.

Séance du 6 avril. — L'Académie procède à l'élection d'un membre pour la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par le mort de M. Dupuytren.

Les candidats présentés par la section sont : 1.° M. Breschet ; 2.° M. Lisfranc ; 3.° MM. Velpeau et Sanson aîné, *ex æquo*. Le nombre des votans est de 55. Au premier tour de scrutin, M. Breschet obtient 41 suffrages ; M. Civiale, 7 ; M. Lisfranc, 4 ; M. Velpeau, 3.—M. Breschet est déclaré élu.

Les autres séances du mois d'avril ne nous offrent rien qui ait rapport aux sciences physiologiques et médicales.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'onanisme et des autres abus vénériens considérés dans leurs rapports avec la santé ; par P. L. Deslandes. *Paris*, 1835. *In*-8.° 553 *p. Chez Lelarge.*

La publication de cet ouvrage est réellement un événement en matière de politique médicale : un livre avec un pareil titre, surtout par le temps qui court, semblait devoir être accueilli peu favorablement. Il n'a peut-être, en effet, fallu rien moins que les antécédens honorables, que la réputation bien établie de son auteur, pour le faire lire par la plupart de ceux qui le connaissent aujourd'hui. D'où vient ceci ? de deux causes principales : d'abord, il y a en médecine certaines matières du plus haut intérêt qui ont été tant fois et tellement salies par le charlatanisme, qu'il faut bien réfléchir avant d'y accoller un nom honorable, et que souvent même il y a sacrifice à le faire. D'un autre côté, le livre si célèbre de Tissot avait habitué les médecins à envisager avec lui l'onanisme plutôt sous le rapport philosophique et moral que comme un point

de physiologie et de médecine, capable de présenter un véritable intérêt. Aussi, voyant avec raison dans l'ouvrage du médecin de Lausanne, un épouvantail assez grand et fort habilement présenté d'ailleurs, on ne pensait pas qu'il pût y avoir autre chose à faire. Voilà pourquoi le nouveau *Traité de l'Onanisme* a pu paraître inutile aux uns, et même être jugé plus sévèrement encore par les autres, avant d'avoir été lu.

M. L. Deslandes, comme il a soin d'en prévenir dans sa préface, a voulu faire un livre de science et a étudié l'onanisme en physiologiste et en médecin : il n'a pas été préoccupé de l'effet que devait produire son livre ; aussi s'est-il gardé avec le même soin de l'exagération et de la réticence. Examinant la question des abus vénériens sous toutes les formes, il a cherché la vérité au milieu des faits et des raisonnemens qui en découlent, persuadé qu'en elle seule devait résider tout l'effet moral qu'on pouvait chercher dans son livre.

Cet ouvrage est divisé en deux parties : dans l'une, l'auteur étudie les effets des excès vénériens ; dans l'autre, il s'occupe des règles de préservation et de traitement relatives à ces excès.

Il examine d'abord, si comme l'ont pensé Montègre, Georget et d'autres, les effets de la masturbation ont été beaucoup exagérés par la plupart des auteurs et entr'autres par Tissot. Il réfute les argumens qui les ont conduits à supposer dans les excès vénériens moins de dangers qu'ils n'en ont réellement. Avant de démontrer les inconvéniens qui peuvent résulter de ces abus, l'auteur établit d'abord que les organes génitaux exercent par le *seul fait de leur existence*, une influence profonde sur la constitution physique intellectuelle et morale des individus. Dans le chapitre où il étudie la puissance de ces organes à *l'état de repos*, après avoir mis en regard l'eunuque avec l'individu complet, l'homme avec la femme, les hermaphodites avec les personnes dont le sexe n'a rien de douteux, il compare la période de la vie où ces organes se développent activement, à celle où il ne se fait plus en eux qu'un simple travail de conservation, et il arrive à poser comme fait incontestable que l'appareil générateur modifie profondément la manière d'être et de sentir de tous nos organes. Ce fait établi, ajoute-t-il, la question de savoir si les excès vénériens peuvent faire beaucoup de mal est résolue. Il considère ensuite la puissance des organes génitaux à *l'état d'éveil* et à *l'état d'action*. Je regrette de ne pouvoir citer ici, le passage dans lequel l'auteur admet dans l'état d'éveil le développement d'un *sens spécial*, du *sens vénérien* : je ne saurais dire tout ce que la description de ce sens a de remarquable par la manière habile et tout-à-fait neuve avec laquelle elle est présentée. Il en est de même de *l'état d'action*. C'était un écueil ; non-seulement l'auteur a su l'éviter, mais

encore, dominant gravement la matière, il a su attacher à ce chapitre un haut intérêt par l'énergie et la convenance du style.

Plus loin, l'auteur étudie les circonstances qui rendent l'acte vénérien plus ou moins nuisible à la santé. Il examine tour-à-tour la portée de ces excès suivant l'exaltation, la durée de l'acte lui-même, dans les diverses périodes de la vie, suivant que cet acte a lieu après le repas, pendant la menstruation, pendant la grossesse, pendant l'allaitement; suivant qu'il coïncide avec d'autres causes de maladie, avec les altérations que la constitution et la santé ont subies déjà : ces diverses questions, examinées avec soin, appuyées de faits nombreux, sont présentées d'une manière entièrement neuve.

Le troisième chapitre contient les symptômes d'excès vénériens et les maladies qui en résultent. Bien que l'auteur semble disposé à admettre qu'il n'y ait pas de maladies dont les excès vénériens ne puissent être cause, et que la liste qu'il en donne soit fort longue, il faut lui savoir gré de ne pas avoir admis indistinctement tous les maux. Ayant toujours des faits à l'appui de ce qu'il avance, M. Deslandes a donné un tableau non pas des maladies qui peuvent résulter des excès vénériens, mais de celles qu'on les a *vu* produire.

Pour moi, tout le cachet de l'ouvrage de M. Deslandes est dans cette première partie. Des argumens rigoureusement déduits et clairement présentés, une érudition remarquable, des considérations toutes nouvelles, et avec cela un style à la fois grave et agréable, élégant et énergique, sont un sûr garant de l'impression que ce livre est appelé à produire

La seconde partie, comme je l'ai dit plus haut, est destinée à la thérapeutique des excès vénériens. Non-seulement elle a le mérite de présenter ce que l'on possède encore de plus complet aujourd'hui sous ce rapport; mais les règles hygiéniques nous ont semblé tout-à-fait neuves, et l'on saura gré entr'autres à l'auteur des détails pratiques dans lesquelles il est entré, surtout relativement à la manière de parler aux individus qui se masturbent et d'en obtenir un aveu.

En résumé, j'ignore si l'ouvrage de M. Deslandes est destiné à acquérir la popularité qu'a obtenue celui de Tissot; mais on peut lui prédire une meilleure place dans la science. A. C.

Abrégé de l'histoire de la médecine, considérée comme science et comme art, dans ses progrès et son exercice, depuis son origine jusqu'au dix-neuvième siècle; par L. F. Gasté, *etc. Un vol. in*-8.° Paris, 1835.

L'auteur de cet Abrégé remarque avec raison qu'il est plus nécessaire que jamais, de notre temps, de connaître l'histoire de la médecine. Parmi les ouvrages qui offrent le plus d'utilité sous ce rapport,

on doit certainement placer au premier rang l'immense travail de Sprengel. Mais, dit M. Gasté, l'*Histoire de la Médecine*, de Sprengel, se compose de neuf volumes que bien peu d'élèves et même de praticiens studieux ont entièrement parcourus. On pouvait supposer, sinon d'une manière rigoureuse, au moins avec quelque vraisemblance, que la longueur de cet excellent ouvrage est la cause du peu d'usage qu'en font la plupart des médecins. C'est sans doute cette considération qui a porté M. Gasté à publier sous le titre qu'on vient de lire, un extrait des neuf volumes de Sprengel. Un grand nombre de lecteurs lui doivent des remerciemens pour avoir accompli un travail qui économise à la fois le temps et la bourse. Mais en tout, comme on le dit, il faut considérer la fin, c'est-à-dire, pour le cas qui nous occupe, les résultats d'utilité plus ou moins probables. Un extrait n'est pas chose facile. Tout le monde sait de quelles difficultés est hérissée l'exécution d'un *Abrégé*. M. Gasté, en suivant pas à pas son auteur, a dû nécessairement adopter un plan qui n'est peut-être pas le plus favorable pour un ouvrage comme le sien. Dans tout abrégé historique, suivant nous, l'auteur devrait suivre le fil des événemens, sans rien omettre d'important, mais dans le style le plus serré possible, avec la condition d'indiquer en notes toutes les sources qui ont servi à l'exécution de son résumé. Un tel ouvrage suppose de nombreuses recherches; mais qui peut espérer de rien faire de bon et d'utile sans des travaux consciencieux? Ainsi conçu, un abrégé de l'histoire de la médecine serait recherché par ceux qui, ne voulant que rafraîchir leurs souvenirs ou ne désirant qu'acquérir une connaissance générale des choses, réclament une narration concise et rapide; et par ceux qui, voulant pénétrer profondément dans la connaissance de cette histoire, trouveraient indiqués les principaux matériaux nécessaires à leurs études. Quoiqu'il en soit nous devons savoir gré à M. Gasté de son travail, qui est fait dans un bon esprit et rédigé avec clarté; et son volume n'eût-il que le mérite d'engager quelques médecins à jeter les yeux sur l'histoire de la médecine, aurait droit à des éloges.

De Prosopalgia, auctore S. Hofmann. *Vindobonæ*, 1832. In-8.°, pp. 95.

Aux nombreux travaux sur le tic douloureux de la face, publiés, soit dans des ouvrages *ex professo*, soit surtout dans les Journaux de médecine, vient se joindre la dissertation inaugurale de M. Hofmann. Quoique cet ouvrage ne contienne rien de nouveau, il pourra cependant être utile à ceux qui s'occupent de la névralgie faciale; ils y trouveront un résumé de tout ce qui a été publié sur cette affection, et l'auteur a eu soin d'ajouter à son opuscule une table bibliogra-

phique, contenant l'indication des ouvrages qui traitent de cette maladie. C'est ce qui nous a engagé à annoncer l'ouvrage de M. Hofmann. Nous nous bornerons à indiquer la marche suivie par ce médecin. Il commence par la synonymie, l'historique et la définition de la maladie; puis passe à la symptomatologie, au diagnostic, à l'autopsie cadavérique, à l'étiologie, et aux divisions du tic douloureux. Les dernières sont, 1.° d'après le siége : *a* la prosopalgie du nerf ophthalmique, *b* la prosopalgie du nerf maxillaire supérieur, *c* la prosopalgie du maxillaire inférieur, *d* la prosopalgie de la septième paire. 2.° D'après la nature de la maladie, la prosopalgie est inflammatoire, nerveuse, arthritique, syphilitique, carcinomateuse, ou enfin organique. L'inflammatoire se sous-divise encore en traumatique, rhumatismale, métastatique; la nerveuse en hypochondriaque ou hystérique, consensuelle, antagonistique, symptomatique. — Vient ensuite le pronostic de la maladie, puis le traitement. Après avoir exposé le traitement de chacune des espèces en particulier, l'auteur passe en revue tous les moyens employés contre le tic douloureux; il parle d'abord des remèdes externes qu'il sous-divise en antiphlogistiques, antispasmodiques, dérivatifs, arsenic, moxa, remèdes mécaniques. Ensuite l'auteur traite des moyens internes, et parle en autant de paragraphes particuliers des émétiques, des purgatifs, des anthelmintiques, des diaphorétiques, des résolutifs, des toniques, des stimulans et des narcotiques. V. Stoeber.

Essai historique sur Dupuytren, par Vidal, *de Cassis; suivi des Discours prononcés par MM. Orfila, Larrey, Bouillaud, H. Royer-Collard, Teissier; du procès-verbal du corps de Dupuytren, et orné de son portrait. Paris*, 1835, *in*-8.°, 60 *p. Chez Just Rouvier et E. Le Bouvier.*

Peu d'hommes, dans notre art, ont joui d'une célébrité plus grande que Dupuytren, et peu d'hommes ont été moins connus et plus diversement jugés. Ce fait, dont nous ne voulons pas chercher les causes, nous nous bornons à le constater : delà provient l'intérêt qui s'attache à tous les documens qui contribueront à faire connaître ce grand chirurgien. Un essai historique sur Dupuytren, fait par un de ses élèves, par un de ces jeunes chirurgiens formés à son école, témoins journaliers de ses actions et de ses paroles, ne peut donc qu'être favorablement accueilli. La brochure de M. Vidal, écrite avec esprit, est toute de circonstance, et satisfera pleinement au besoin du moment. Elle sera lue avec fruit par ceux qui voudront savoir la vie chirurgicale de Dupuytren, et ce que la science et l'art lui doivent.

FIN DU TOME VII DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE
DES MATIÈRES DU TOME VII,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.